

فصل ۱: کلیات و تاریخچه خدمات سلامت در ایران و جهان

لازمه توانمندی جوامع ← رفاه انسان در ابعاد {
- جسمی
- روانی
- اجتماعی
یعنی سلامت است.

مفهوم سلامتی {
- تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون
- فرهنگی
- جغرافیایی
- مفهومی پویا و متغیر با زمان

سه هدف اصلی نظام سلامت {
- سالم نگه داشتن مردم
- درمان بیماران
- محافظت از خانواده‌ها در مقابل فشار مالی ناشی از خدمات سلامت

- در جهان ← ایجاد نظام‌های سلامت سازمان یافته ← از اواخر قرن ۱۹ و با وقوع انقلاب صنعتی

- تاریخ پزشکی در ایران ← کهن‌ترین تاریخ جهان

• ایران باستان ← در آیین زرتشتیان بهداشت شخصی، همگانی و محیط از وظایف بزرگ مذهبی بود. سه نوع طبیب در اوستا
- جراح ← با کارد بهبود می‌بخشد.
- طبیب ← با گیاهان درمان بخش مداوا می‌کند.
- کاهن ← با کلام الهی شفا می‌دهد.

- تلفیق طب یونانی با ایرانی در این دوره

• بعد از ورود اسلام
- پزشکان مطرح این دوره {
- محمد زکریای رازی: صاحب کتاب الحاوی و طب
منصوری
- علی بن اهواری ارجانی: صاحب کتاب المکی
- ابوالبراهیم اسماعیل جرجانی: صاحب ذخیره
خوارزمشاهی
- ابوعلی سینا: صاحب کتاب قانونی طب

• بعد از قرن ۱۹م

* به دلیل پیشرفت‌های پزشکی در قرن بیستم، بیماران مدت طولانی‌تری زنده می‌مانند، که خود این باعث تحمیل هزینه‌های بیشتری به جامعه می‌شود. این هزینه‌ها شامل:

- پول
 - نیروی انسانی
 - تجهیزات
- است

تغییر رویکردهای خدمات سلامت

- پیشگیری
- کاهش هزینه‌ها
- کاهش رنج و ناتوانی ناشی از بیماری و افزایش طول عمر همراه با سلامتی
- بعضی بیماری‌ها قابل پیشگیری اند ولی درمان ندارند. (مانند ایدز)

* سلامتی: در بسیاری از فرهنگ‌ها به معنی «بیمار نبودن» است.

- یک حق بشری
- یک هدف اجتماعی
- بنابراین
- برای تأمین نیازهای اساسی انسان‌ها لازم است.
- باید برای همه انسان‌ها در دسترس باشد.

- تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی (۱۹۸۴): «سلامتی برخورداری از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری و ناتوانیست.»

- در چند سال اخیر رفاه در بعد معنوی نیز به این تعریف اضافه شده.

- اختلال در سلامت
- حوزه پزشکی ← بیماری
- حوزه ذهنی ← ناخوشی
- حوزه کارکردی ← کسالت (مریضی)

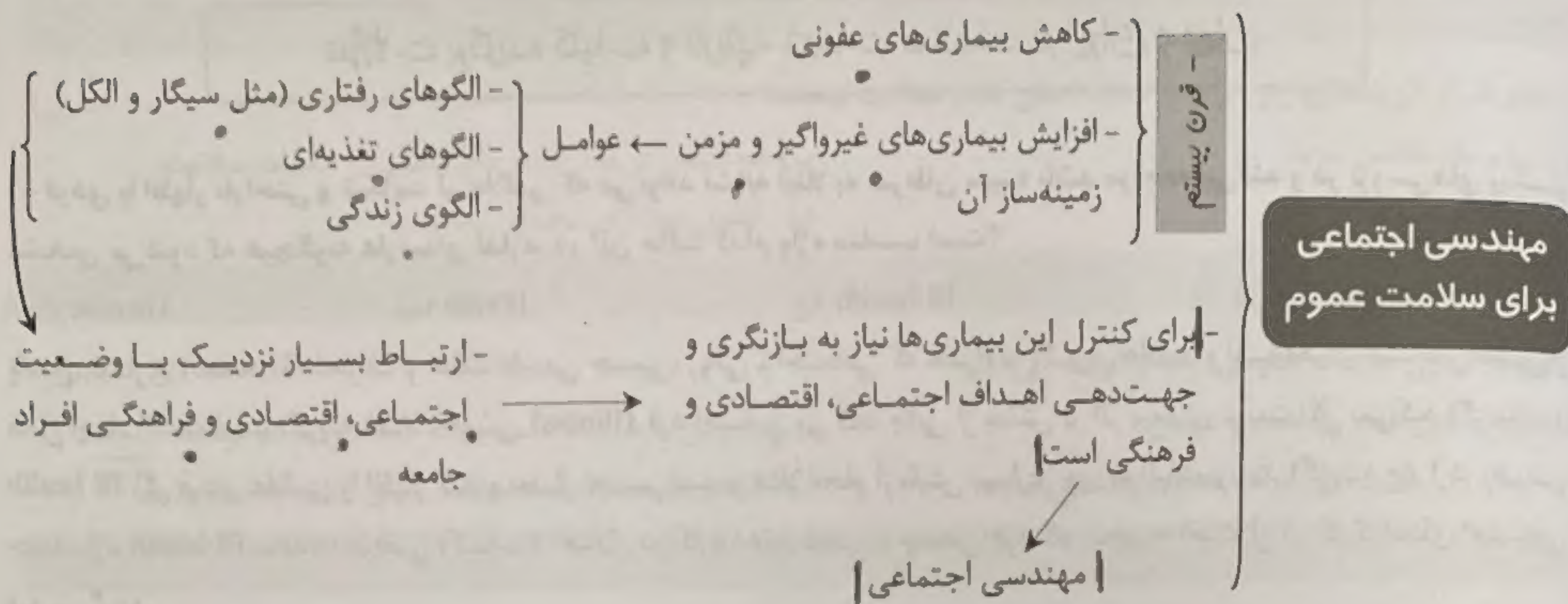
* مفاهیم سلامتی و بیماری

- * بیماری (disease) ← نقطه مقابل ease ← عدم وجود راحتی: «انحراف از حالت طبیعی جسمی، روانی و اجتماعی همراه با یکسری علائم و نشانه‌های مشخص ناشی از عامل ایجادکننده است.»
- * ناخوشی (illness): فرد احساس می‌کند جایی از بدنش بر اثر بیماری درست کار نمی‌کند.
- * مریضی (کسالت): اختلال در کاربردهای ذهنی و جسمی فرد که منجر به اختلال در کارکردهای اجتماعی فرد می‌گردد.

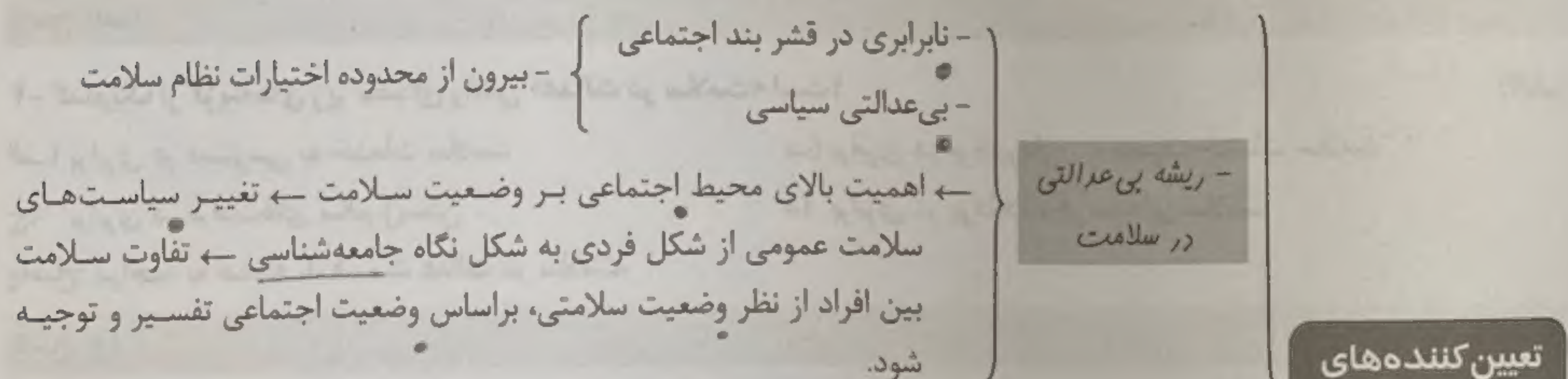
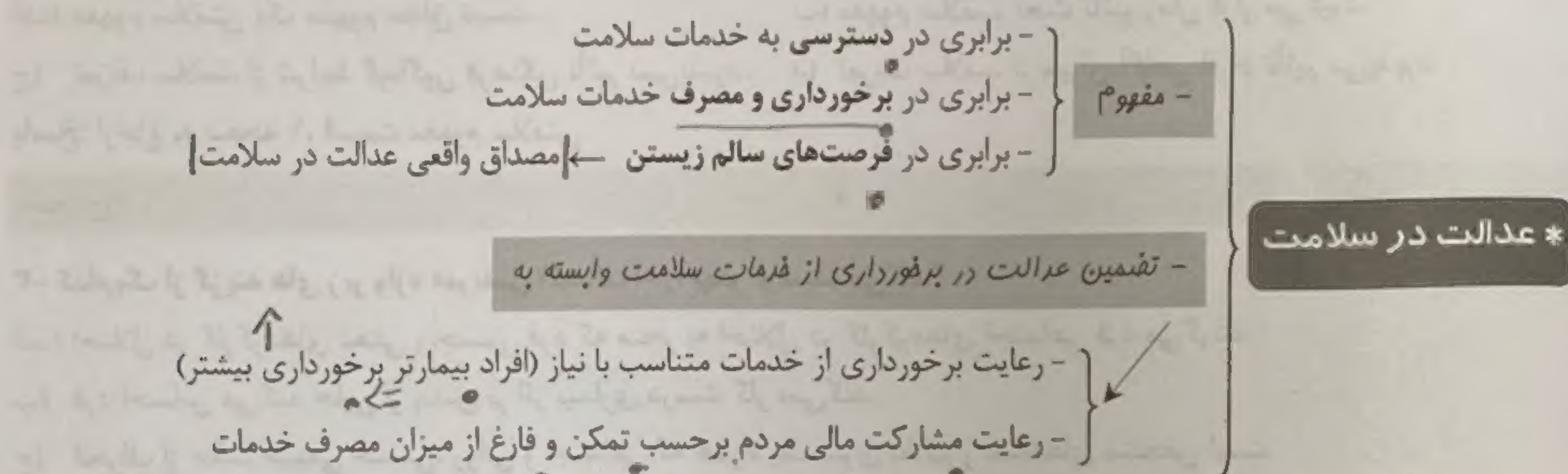
- جنبش بزرگ بهسازی: مشکلات جدید سلامت، ناشی از انقلاب صنعتی منجر به تدوین «قانون سلامت عمومی» شد پیامد آن پذیرش مسئولیت مستقیم در سلامتی مردم توسط دولت

نهیضت جهانی در سلامت عمومی

- تهولات ناشی از این جنبش
- وضع مقررات بهسازی محیط
- ارتقاء سلامت عمومی از طریق ارتقاء سلامت فردی
- گسترش مباحث سلامت عمومی در محیط‌های دانشگاهی
- پیامد آن
- تعریف سلامت عمومی به عنوان: «علم و هنر، (۱) پیشگیری از بیماری، (۲) طولانی کردن عمر و (۳) ارتقای سلامت و کارایی از طریق تلاش سازمان یافته جامعه»



- سلامتی برای همه ← کشورهای سازمان ملل سال ۱۹۸۱ خود را به برنامه «سلامتی برای همه» متعهد نمودند.



- شامل**
- اشتغال
 - سبک زندگی
 - حمایت اجتماعی
 - پوشش بیمه
 - سطح سواد
 - وضعیت محیط کار

سؤالات برگزیده کلیات و تاریخچه خدمات سلامت در ایران و جهان

۱- فردی با اظهار ناراحتی و شکایت از علائمی که می‌تواند نشانه ابتلا به سرطان سینه باشد مراجعه می‌کند و در بررسی‌های بیشتر مشخص می‌شود که هیچگونه عارضه‌ای ندارد. در این حالت کدام واژه مناسب است؟

(علوم پایه پزشکی - انتخابی)

الف) Disease (ب) Illness (ج) Ill health (د) Discomfort

پاسخ: بیماری (Disease) انحراف از حالت طبیعی جسمی، روانی و اجتماعی که همراه با یکسری علائم و نشانه‌های مشخص ناشی عامل ایجاد کننده است (گزینه الف). ناخوشی (Illness) فرد احساس می‌کند جایی از بدنش بر اثر بیماری درست کار نمی‌کند (گزینه ب). Ill health اگر فردی علائمی را اظهار کند و بعد از تجسس بیشتر مثلاً انجام آزمایش بیماری وی به اثبات برسد (گزینه ج). (در فرد جدید واژه Ill health نیامده). مریضی (کسالت): اختلال در کاربردهای ذهنی و جسمی فرد که منجر به اختلال در کارکردهای اجتماعی فرد می‌گردد.

پاسخ: ب

۲- کلیه عبارات زیر در مورد مفاهیم و تعاریف «سلامت» صحیح است، بجز:

(علوم پایه پزشکی - انتخابی)

الف) مفهوم سلامتی یک مفهوم مطلق نیست. (ب) مفهوم سلامت تحت تأثیر زمان قرار می‌گیرد. (ج) تعریف سلامت از شرایط گوناگون فرهنگی تأثیر نمی‌پذیرد. (د) تعریف سلامت از میزان آگاهی افراد تأثیر می‌پذیرد.

پاسخ: ارجاع به صفحه ۱، قسمت مفهوم سلامتی

پاسخ: ج

۳- کدام یک از گزینه‌های زیر واژه «مریضی (کسالت)» را بهتر توصیف می‌کند؟

(تأیید)

الف) اختلال در کارکردهای ذهنی و جسمی فرد که منجر به اختلال در کارکردهای اجتماعی فرد می‌گردد. (ب) فرد احساس می‌کند جایی از بدنش بر اثر بیماری درست کار نمی‌کند. (ج) انحراف از حالت طبیعی جسمی، روانی و اجتماعی که همراه یک سری علائم و نشانه‌های مشخص است. (د) عدم برخورداری از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی.

پاسخ: الف

۴- کدام یک از گزینه‌های زیر مصداق واقعی «عدالت در سلامت» است؟

(تأیید)

الف) برابری در دسترسی به خدمات سلامت (ب) برابری در برخورداری و مصرف خدمات سلامت (ج) برابری در فرصت‌های سالم زیستن (د) برابری در پرداخت هزینه‌های سلامت

پاسخ: مراجعه به صفحه ۳، قسمت عدالت در سلامت.

پاسخ: ج

۵- مهندسی اجتماعی به چه معناست؟

(تأیید)

الف) ایجاد زیرساخت‌های لازم برای رعایت عدالت در ارائه خدمات سلامت (ب) بازنگری و جهت‌دهی اهداف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی برای کنترل بیماری‌ها (ج) ارائه خدمات با کیفیت و ارتقاء کیفیت خدمات در طول زمان (د) ارتقاء سلامت جامعه با افزایش آگاهی و تغییر نگرش افراد

پاسخ: ارجاع به صفحه ۳، قسمت مهندسی اجتماعی برای سلامت عموم

۲۱

پاسخ: ب)

(تالیفی)

۶- کدام یک از گزینه‌های زیر جزء سه هدف اصلی نظام سلامت نیست؟

الف) سالم نگه داشتن مردم

ب) محافظت در برابر فشار مالی ناشی از خدمات سلامت

ج) درمان بیماران

د) کنترل بهسازی محیط زیست

پاسخ: د)

(تالیفی)

۷- پیامد «قانون سلامت عمومی» کدام گزینه می‌باشد؟

الف) نوین شدن نظام بهداشت و درمان

ب) پذیرش مسئولیت مستقیم در سلامتی مردم توسط دولت‌ها

ج) ایجاد زیرساخت‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه

د) کاهش قیمت خدمات سلامت برای اقشار ضعیف جامعه

پاسخ: ب)

فصل ۲: مفاهیم سلامت، بیماری و سطوح پیشگیری

تعاریف سلامت

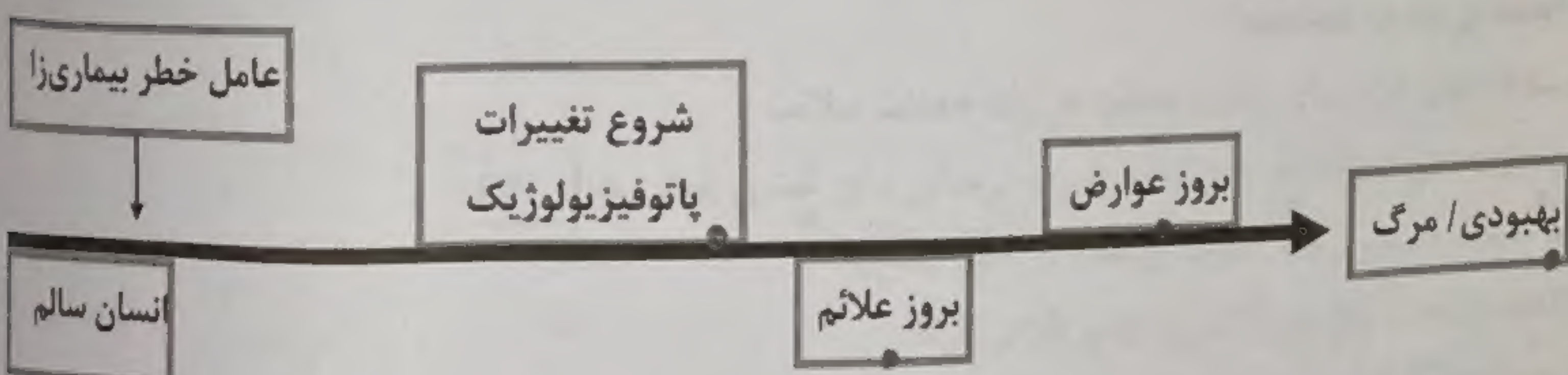
- ۱- اساس نامه ۱۹۴۸ سازمان جهانی بهداشت: «رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط بیماری» ← غیر قابل دسترس
- ۲- قدرت تطابق فرد با همه تقاضاهای زندگی روزمره
- ۳- وضعیت تعادل بین فرد و محیط فیزیکی و اجتماعی اش.
- ۴- فرد سالم فردی است که در جامعه منشأ تولید و درآمدزایی است. ← بیشتر بُعد اقتصادی

ابعاد سلامت

- بُعد جسمی ← وجود عملکرد مناسب ارگان های بدن
 - بُعد روانی ← تعادل روانی
- واکنش مناسب به تغییرات محیطی و مشکلات زندگی
- نداشتن بیماری های روانی
 - بُعد اجتماعی ← ارتباط سالم افراد جامعه با هم
- تعادل مردم با نهادهای اجتماعی
- مشارکت در فعالیت های اجتماعی
 - بُعد معنوی ← افرادی که اعتقاد به خداوند دارند از سلامت بهتری برخوردارند. در این افراد پذیرش بیماری و یا مرگ راحت تر است و افسردگی و خودکشی کمتر.
- * ابعاد مختلف سلامت با هم ارتباط تنگاتنگی دارند و روی هم اثر گذارند.

* سطوح پیشگیری

- عامل فطر ← عاملی است که وجود آن احتمال بروز بیماری را افزایش می دهد.
- میکروارگانیسم
- عوامل اقتصادی - اجتماعی
- سبک زندگی
- یک رفتار
- عوامل محیطی



شکل ۱-۲. طیف سلامت و بیماری

محیط
فرق دارد.

- ۱- بهسازی محیط
- ۲- افزایش دانش و آگاهی
- ۳- ریشه‌کنی بیماری‌ها (مثل آبله)

پیشگیری سطح ابتدایی ← هدف عدم شکل‌گیری عامل خطر است

- ۱- از بین بردن عامل خطر (مثلاً با مواد ضد عفونی کننده)
- ۲- استفاده از وسایل محافظتی (مثل ماسک، گان، کرم ضد آفتاب و ...)
- ۳- مصونیت افراد در مقابل عامل خطر (مثل واکسیناسیون)

پیشگیری سطح اول ← هدف جلوگیری از ایجاد بیماری است ← از بین بردن یا کنترل اثر عامل خطر

کشف بیماری در مراحل که تغییرات پاتوفیزیولوژیک آغاز شده ولی بیماری علامتی ندارد (مرحله پیش بالینی یا نهفتگی بیماری) ← اغلب با روش‌های غربالگری. با هدف جلوگیری یا کنترل بروز علائم

- دیابت -
- افراد خطر بالا { سابقه فامیلی یا - بررسی از ۳۰ سالگی
 - BMI < ۲۵
 - سایر افراد ← بررسی از ۴۵ سالگی

بررسی با آزمایش قندخون ناشتا یا هموگلوبین A1C

- مثال‌ها -
- تشخیص سرطان دهانه رحم با تست پاپ اسمیر یا HPV در مراحل اولیه و قبل از دست‌اندازی به بافت‌ها
 - غربالگری کم‌کاری تیروئید و فنیل‌کتونوریا برای همه نوزادان در کشور ← جلوگیری از عقب‌ماندگی ذهنی آنها
 - غربالگری دمانس در سالمندان با استفاده از پرسشنامه مینی تست دمانس
 - غربالگری تنبلی چشم یا آمبلیوپی { درمان قبل ۶ سالگی: بستن چشم سالم برای مدتی در سنین ۴ تا ۶ سالگی
 - درمان در سنین بالاتر: جراحی

پیشگیری سطح سوم ← فرد با علائم مراجعه کرده ← هدف: (۱) درمان، (۲) پیشگیری از عوارض و (۳) توانبخشی (در صورت نیاز، مثل بیماری سکتة مغزی یا عدم تحرک طولانی‌مدت)

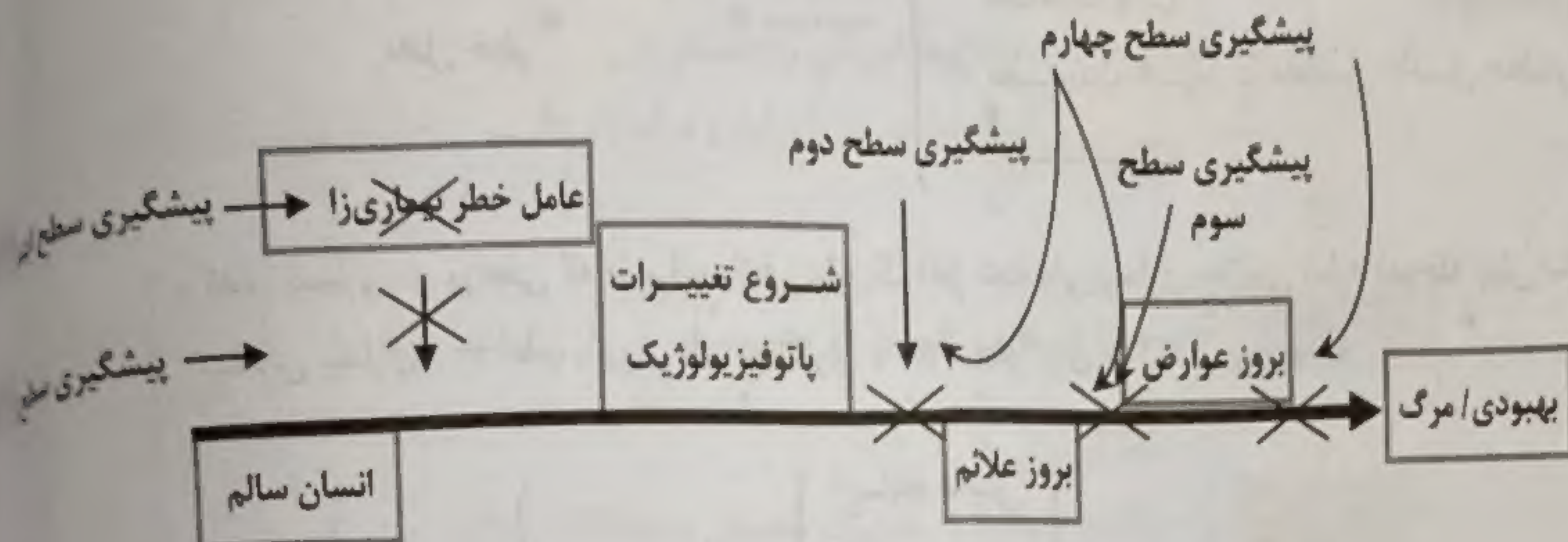
پیشگیری سطح چهارم ← هدف پیشگیری از تشخیص و درمان‌های غیر ضروری و (over-diagnosis & over-treatment) است. مواردی مثل استفاده بیهوده از آنتی‌بیوتیک یا استفاده زودرس از اندوسکوپی یا سی‌تی‌اسکن و ...

- تحمیل هزینه اضافه به نظام سلامت
- عارضه متعدد در مراجعین

بنابراین - نیاز به تدوین راهنماهای بالینی
- بیان معیارهای تشخیص
- تبیین مراحل درمان

* درمان یک بیمار سل که با خلط خونی آماده مراجعه نموده
- برای بیمار - پیشگیری سطح سوم
- برای اطرافیان بیمار - پیشگیری سطح اول

* سطوح پیشگیری



شکل ۲-۲. سطوح پیشگیری

سوالات برگزیده مفاهیم سلامت، بیماری و سطوح پیشگیری

۱- کدام یک از موارد زیر «پیشگیری ثالثیه» محسوب می شود؟

(الف) ارتقا سلامت (ب) غربالگری (ج) جلوگیری از ناتوانی (د) تشخیص و درمان زودهنگام

پاسخ: مراجعه به صفحه ۷، قسمت سطوح پیشگیری.

پاسخ: ج

۲- معاینه بالینی پستان و بستن کمربند ایمنی در خودرو به ترتیب چه سطحی از پیشگیری محسوب می شوند؟

(الف) ثانویه، اولیه (ب) ثانویه، ثانویه (ج) اولیه، ثانویه (د) اولیه، اولیه

پاسخ: الف

۳- در دهه ۷۰ میلادی ارتباط مصرف داروی تالیدومید توسط مادر با ناهنجاری های اندام در جنین اثبات گردید. از آن زمان

تالیدومید جزء داروهای غیرمجاز در دوران بارداری قرار گرفته است. ورود این دارو به فهرست داروهای غیرمجاز در دوران بارداری

جزء کدام یک از سطوح پیشگیری محسوب می شود؟

(الف) نخستین (ب) اول (ج) دوم (د) سوم

پاسخ: ب

۴- کدام جمله زیر غلط است؟

۶

الف) تعریف سلامت در اساس نامه سازمان جهانی بهداشت، غیرقابل دسترسی است.

ب) افرادی که اعتقاد به خدا دارند از سلامت بهتری برخوردارند.

ج) ابعاد مختلف سلامت روی هم اثر گذارند.

د) درآمد زایی در تعاریف سلامت جایی ندارد.

پاسخ: طبق یکی از تعاریف سلامت، فرد سالم فردی است که در جامعه منشأ تولید و درآمدزایی است.

پاسخ: د)

۵- کدام یک از گزینه های زیر جزئی از پیشگیری ابتدایی نیست؟

(تالیفی)

الف) بهسازی محیط ۱۸۸ | ب) از بین بردن عامل خطر | ج) افزایش دانش و آگاهی د) ریشه کنی بیماری ها

پاسخ: اجزای پیشگیری ابتدایی: بهسازی محیط، افزایش دانش و آگاهی، ریشه کنی بیماری ها (مثل آبله). از بین بردن عامل خطر، جزئی از پیشگیری اولیه می باشد.

پاسخ: ب)

۶- پیشگیری سطح چهارم از بروز کدام یک از گزینه های زیر جلوگیری می کند؟

(تالیفی)

الف) تحمیل هزینه اضافه به نظام سلامت ب) ایجاد علائم بیماری

ج) ایجاد عوارض بیماری د) آلوده شدن انسان با پاتوژن

پاسخ: الف)

۷- غربالگری جزء کدام یک از سطوح پیشگیری می باشد؟

(تالیفی)

الف) ابتدایی ب) اول ج) دوم | علائم، عوارض د) سوم

پاسخ: ج)

۸- هدف در پیشگیری سطح سوم همه موارد زیر است بجز:

(تالیفی)

الف) درمان ب) پیشگیری از عوارض بیماری 3

ج) توانبخشی د) پیشگیری از ایجاد عوارض ناشی از درمان 4

پاسخ: پیشگیری از عوارض ناشی از درمان و ایجاد عوارض متعدد در مراجعین، پیشگیری سطح چهارمند.

پاسخ: د)

۹- درمان یک بیمار مبتلا به سل که با خلط خونی مراجعه کرده برای خود بیمار و اطرافیانش به ترتیب کدام سطوح از پیشگیری

(تالیفی)

الف) سطح سوم - سطح دوم ب) سطح سوم - سطح اول ج) سطح سوم - سطح اول د) سطح دوم - سطح اول

پاسخ: ج)

فصل ۱۱: سلامتی به عنوان حق عمومی

سلامتی و توسعه

- رشد اقتصادی مهم ترین عامل در توسعه جوامع و مهم ترین عامل اجتماعی تأثیر گذار بر سلامت است.
- هر ۱۰٪ افزایش امید به زندگی در بدو تولد حداقل منجر به رشد اقتصادی در حد ۰/۳ تا ۰/۴ می شود.

* در نظر گرفتن تأمین سلامتی انسان ها به عنوان حق برای او ← مدافع دیگر حقوق او در جوامع مثل غذا، پوشاک، مسکن و غیره زیرا نادیده گرفته شدن هر کدام از این حقوق، مانع تأمین سلامتی است.

- بیانیه آلماتا (سال م. ۱۹۷۸): تصویب موضوع سلامتی به عنوان حق عمومی و ضرورت تأمین آن توسط دولت ها. شعار سلامتی همه (Health for all) برای اولین بار در این بیانیه مطرح شد.

* سلامتی یک مقوله اجتماعی است و مهم ترین عوامل تعیین کننده سلامتی عوامل اجتماعی می باشند.

- عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ← تحصیلات، اشتغال، آب آشامیدنی سالم و ... ← تأمین همه آنها تنها از عهده دولت هر کشور برخواهد آمد.

مراقبت های سلامت در تأمین سلامت

- مراقبت های سلامت ارائه شده در مورد تشخیص بیماری ها در نظام ← تأمین کننده حداکثر سهم سلامت
- عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ← بیش از ۵۰٪ تعیین کننده سلامت

- چالش های توسعه: مثال ← رونق تولید باعث رشد اقتصادی جامعه می شود ولی خود می تواند باعث آلوده شدن محیط زیست شود.
 ← کند شدن یا حتی کاهش روند توسعه ← اقتصاد سبز: توسعه بدون آسیب به محیط زیست طبیعی و محیط زیست اجتماعی و روابط انسانی

استراتژی تأمین سلامت برای همه

- در دسترس
- قابل تأمین از نظر هزینه
- مورد پذیرش جامعه (مقبولیت)

- نظام مراقبت های اولیه سلامت (Primary Health Care (PHC))

← مراقبت های پایه و ضروری ← باعث کنترل بیماری ها و افزایش امید به زندگی

- عدالت ← مهم ترین اصل در تأمین حقوق انسان ها

- تناسب ← توزیع خدمات سلامت متناسب با نیاز افراد

مراقبت های سلامت اصول ارائه

- تمام افرادی که به خدمات سلامت نیاز دارند بتوانند از آن استفاده کنند و توان اقتصادی در ارائه مراقبت سلامتی را داشته باشند.
- تأمین خدمات از نظر هزینه برای افراد جامعه باید به صورت مستمر ممکن باشد.
- مراقبت ها باید در طول زمان ارائه شوند. اگر به صورت مقطعی ارائه شوند از عدم ارائه مراقبت ها در ابتدا بدتر است زیرا در حالت اول اعتماد عمومی مخدوش می شود و دیگر مراقبت ها مورد پذیرش قرار نخواهند گرفت.

- دسترسی

- خدمات باید متناسب با نیاز باشد.

تناسب و کارآرایی

- ۱- اثرگذاری (Efficacy) ← تأثیر در شرایط مطالعاتی و ایده‌آل بر روی نمونه منتخب
- ۲- اثربخشی (Effectiveness) ← اثر در شرایط عادی و بر روی عموم
- ۳- کارایی (Efficiency) ← بیشترین تأثیر با کمترین هزینه

- سطوح مختلف اثرگذاری

- تعیین مشکلات سلامت
- اولویت‌بندی مشکلات
- تعیین راهبرد برای حل مشکلات
- ارائه مراقبت‌ها و اجرای برنامه‌ها

- مشارکت جامعه

اصل مشارکت
جذب‌بخشی

- جامع بودن ← پاسخ برای مشکلات مختلفی افراد و جامعه باید با هم ارائه شود ← منجر به افزایش کارایی. خدمات باید به‌صورت مبتنی بر خانواده و جامعه ارائه شود.

- نیازهای ضروری: براساس شواهد و مستندات علمی

- نیازهای درک شده: اگر فرد دارای نیاز سلامت از این نیاز خودآگاه باشد، در این مرحله است. [؟] (نیازهای درک شده)
- نیازهای بیان شده (تقاضا): نیازهای درک شده‌ای که منجر به درخواست دریافت خدمات سلامت شده. بیشتر مراقبت‌های سلامت به‌عنوان پاسخ به تقاضای افراد ارائه می‌شود.
- نیازهای بالقوه / رقابتی: این نیازها از نظر علمی ضروری نبوده و منجر به ارتقاء سلامت فرد نمی‌شود و به‌دلیل مشاهده در گروه‌های همسان ایجاد شده.

- انواع نیازها

- مراقبت‌های درمانی براساس تقاضاست.

- انبوه مراکز درمانی و تشخیصی و تجهیزات وجود دارد و با این حال، تقاضای بالا هنوز پابرجاست.

- واردات تجهیزات پیشرفته و تأسیس مراکز درمانی جدید هم معمولاً تقاضای بالقوه به همراه خواهد داشت به‌ویژه اگر نظام پرداخت هزینه‌های سلامت ناکارآمد باشد
← بستر مناسب برای ارائه مراقبت‌های سلامت غیرکارآمد اما سودآور برای ارائه‌دهندگان

- نظام‌های سلامت غیرنوبت

- نیازهای ضروری در اولویت‌اند.

- برنامه‌ریزی جهت آگاه‌سازی جامعه

- نیازهای پیشگیرانه نیز در اولویت‌اند حتی اگر تقاضایی برای آنها وجود نداشته باشد.

- ارائه مراقبت‌های سلامت برای عموم مردم با کمترین هزینه و دسترسی حداکثر

- سطح‌بندی خدمات سلامت و طراحی نظام ارجاع

- ارائه مراقبت براساس رویکرد پزشک خانواده و مسئول سلامت جمعیت

باعث فراهم شدن خدمات تخصصی برای افرادی که واقعاً به آن نیاز دارند.

- نظام‌های سلامت نوبت

- روند پاسخ‌گویی به نیازها در نظام‌های سلامت

پاسخ‌گویی به نیازها

سؤالات برگزیده سلامتی به عنوان حق عمومی

۱- مهم ترین عامل اجتماعی تاثیرگذار بر سلامت چیست؟

الف) سطح سواد (ب) رشد اقتصادی (ج) عدالت اجتماعی (د) بهسازی محیط

پاسخ: ب)

۲- شعار سلامتی برای همه (Health For All) در کدام یک از کنفرانس های زیر برای اولین بار مطرح شد؟

الف) کنفرانس آلماتا ۱۹۷۸ (ب) کنفرانس اوتاوا ۱۹۸۶ (ج) کنفرانس جاکارتا ۱۹۹۷ (د) کنفرانس بانکوک ۲۰۰۵

پاسخ: الف)

۳- کدام یک از عوامل زیر مهمترین تعیین کننده سلامت هستند؟

الف) عوامل اقتصادی (ب) عوامل اجتماعی (ج) عوامل سیاسی (د) عوامل انسانی

پاسخ: ب)

۴- واژه ای «اثربخشی (Effectiveness)» به چه معناست؟

الف) تاثیر در شرایط مطالعاتی و روی نمونه منتخب

ج) بیشترین اثر با کمترین هزینه

پاسخ: اثرگذاری (Efficacy) ← تاثیر در شرایط مطالعاتی و ایده آل بر روی نمونه منتخب (گزینه الف). اثربخشی (Effectiveness) ←

اثر در شرایط عادی و بر روی عمومی (گزینه ب). کارائی (Efficiency) ← بیشترین تاثیر با کمترین هزینه (گزینه د).

پاسخ: ب)

۵- جامع بودن خدمات سلامت به چه معناست؟

الف) ارائه تمامی خدمات سلامت در تمامی مراکز

ج) مداخله برای تمامی مشکلات سلامت بیمار

پاسخ: جامع بودن ← پاسخ برای مشکلات مختلف سلامتی افراد و جامعه باید با هم ارائه شود ← منجر به افزایش کارائی. خدمات

باید به صورت مبتنی بر خانواده و جامعه ارائه شود.

پاسخ: د)

۶- فردی به دلیل درد کمر به پزشک مراجعه می کند. نیاز او برای دریافت خدمات سلامت چه نوع نیازی می باشد؟

الف) نیاز ضروری (ب) نیاز درک شده (ج) نیاز بیان شده (تقاضا) (د) نیاز القائی / رقابتی

پاسخ: مراجعه به صفحه ۱۱، قسمت انواع نیازها.

پاسخ: ج)

۷- کدام گزینه جزو ویژگی های نظام های سلامت غیرنوین نیست؟

الف) مراقبت های درمانی براساس تقاضاست.

ب) انبوه مراکز درمانی و تشخیصی وجود دارد.

ج) بستر مناسبی برای ارائه خدمات سودآور برای ارائه دهندگان است.

د) نیازهای ضروری در اولویت اند.

پاسخ: در نظام‌های سلامت نوین نیازهای ضروری در اولویت‌اند.

پاسخ: د)

۸- کدام گزینه جزو ویژگی‌های نظام‌های سلامت نوین نیست؟

(تالیفی)

الف) مراقبت‌های درمانی براساس تقاضاست.

ب) برنامه‌ریزی جهت آگاه‌سازی جامعه انجام می‌شود.

ج) نیازهای پیشگیرانه در اولویت‌اند حتی اگر تقاضایی برای آنها وجود نداشته باشد.

د) نیازهای ضروری در اولویت‌اند.

پاسخ: در نظام‌های سلامت نوین نیازهای ضروری در اولویت‌اند، برنامه‌ریزی جهت آگاه‌سازی جامعه، نیازهای پیشگیرانه نیز در اولویت‌اند حتی اگر تقاضایی برای آنها وجود نداشته باشد، ارائه مراقبت‌های سلامت برای عموم مردم با کمترین هزینه و دسترسی حداکثر، سطح‌بندی خدمات سلامت و طراحی نظام ارجاع، ارائه مراقبت براساس رویکرد پزشک خانواده و مسئول سلامت جمعیت

پاسخ: الف)

۹- کدام یک از موارد زیر باعث فراهم شدن خدمات تخصصی برای افرادی که واقعاً به آنها نیاز دارند می‌شوند؟

(تالیفی)

الف) اقدامات پیشگیرانه

ب) نظام ارجاع و رویکرد پزشک خانواده

ج) ارائه مراقبت‌های درمانی براساس تقاضا

د) ارائه مراقبت‌های سلامت برای عموم و با کمترین هزینه

پاسخ: ب)

فصل ۱۴: نظام‌های سلامت در ایران و جهان

- مبنای شکل‌گیری سازمان‌ها و نهادها در جامعه ← پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه (مثل نیاز به سلامتی)

سلامتی به عنوان حقوق انسانی

- اعلامیه جهانی حقوق بشر ← هر کسی حق دارد استانداردهای کافی زندگی از نظر سلامت و رفاه برای خود و خانواده‌اش داشته باشد.
- اساس نامه سازمان جهانی بهداشت ← سلامتی حق مثبتی است که مردم می‌توانند آن را مطالبه کنند. دولت‌ها مکلف به تأمین آن هستند.
- بیانیه آلماتا ← حق سالم زیستن مهم‌ترین هدف اجتماعی

شکل‌گیری ساختاری نظام‌های سلامت

- یک قرن قبل ← شکل‌گیری نظام‌های سلامت سازمان یافته با هدف فایده رساندن به کل جامعه
- آلمان (۱۸۸۲) ← کارفرمایان موظف شدند کارگران خود را برای خدمات بهداشتی درمانی تحریک پوشش قرار دهند.
- نیوزیلند (۱۹۳۸) ← اولین کشوری که نظام ملی خدمات سلامت را ارائه نمود.
- نظام‌های سلامت امروزه الگویی از یک یا چند طراحی اولیه‌اند که در اواخر قرن ۱۹ شکل گرفت و به تدریج اصلاح شد.

- الگوها

- الگوی اول ← پوشش اکثریت یا همگانی جمعیت از طریق پرداخت اجباری به صندوق‌های بیمه
- الگوی دوم ← ارائه خدمات درمانی به صورت مرکزگرا و عمدتاً متکی بر درآمدهای مالیاتی و به عهده دولت
- الگوی سوم ← مشارکت دولت‌ها محدودتر ولی هنوز قابل توجه است و معمولاً تنها برخی گروه‌های خاص جمعیتی را پوشش می‌دهد و سایر افراد جمعیت به صورت خصوصی خدمت را دریافت می‌نمایند. به طور عمده در کشورهای ثروتمند.

اهداف و عملکرد نظام سلامت

- اهداف

- ۱- ارتقای سلامت: فلسفه وجودی تمام نظام‌های سلامت
- ۲- پاسخ‌گویی: پاسخ‌گویی به مطالبات غیربهداشتی درمانی مانند رعایت حرمت و کرامت انسانی افراد. کاهش آسیب به شأن، استقلال منزلت آنان، علاوه بر مطالبات بهداشتی درمانی.
- ۳- مشارکت مالی عادلانه در پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت: مشارکت مالی برحسب تمکن مالی افراد، فارغ از میزان مصرف خدمات سلامت
- ۴- سودمندی (کارآمدی) خدمات: در کنار مقدار هزینه کردن در نظام‌های سلامت توسط هر کشور نحوه هزینه کردن و تخصیص منابع در میزان هزینه‌ها مؤثر بوده و تعیین‌کننده کارآمدی نظام سلامت است.



- عملکرد

- ۱- ارائه خدمات سلامت: اصلی ترین و ملموس ترین عملکرد نظام سلامت
- ۲- تولیت: به مفهوم مسئولیت و پاسخ گویی در قبال سلامت جامعه به همراه اختیارات مناسب با این مسئولیت است.
- سیاست گذاری در حوزه سلامت
- حاکمیت درون بخشی در بخش سلامت
- رهبری بین بخشی در موضوعات مربوط به سلامت
- ۳- خلق منابع: نظام سلامت نیازمند منابعی همچون نیروی انسانی با صلاحیت، تجهیزات و دانش فنی است. در بسیاری از این موارد، تأمین و ایجاد این منابع توسط خود نظام سلامت انجام می پذیرد.
- ۴- تأمین و تخصیص مالی: نظام سلامت پول را از منابع مختلف (مالیات، بیمه و ...) تأمین و صرف خدمات سلامت می کند.

- دسته بندی نظام های سلامت براساس نقش دولت در
- سیاست گذاری های سلامت
 - ارائه خدمات سلامت
 - تأمین و تخصیص مالی خدمات سلامت

- قوانین بازار آزاد حاکم است و خدمات سلامت شبیه سایر کالاهای ارائه شده در سایر بازارهاست.
- محدودیت های رقابتی وجود ندارد.
- کارکرد سیستمی و هماهنگ وجود ندارد و اکثر ارائه کنندگان خدمات سلامت به صورت انفرادی کار می کنند.
- ضوابط و قواعد حاکم بر این سیستم توسط اتحادیه های صنفی تعیین می گردد و دولت نقش بسیار کمی در سیاست گذاری های سلامت دارد.
- تمامی خدمات سلامت توسط بخش خصوصی ارائه می گردد.
- رابطه مالی ارائه کنندگان و گیرندگان خدمت مستقیم است.

- نظام های مبتنی بر بازار آزاد
(Emergent)

- بازار ارائه خدمات نوعی بازار اقتصاد آزاد است ولی توسط اتحادیه های صنفی و تاحدودی دولت مدیریت می شود.
- قواعد و ضوابط توسط اتحادیه های صنفی تعیین می گردد ولی دولت به میزان کم در سیاست گذاری ها دخالت می کند.
- بخش اعظمی از خدمات توسط بخش خصوصی ارائه می گردد ولی دولت درصد کمی از خدمات، به ویژه در سطح پیشگیری اولیه، را ارائه می دهد.
- ساختارهای بیمه بیشتر به صورت بیمه ها خصوصی و رابطه مالی ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت هم مستقیم و هم غیرمستقیم.
- نام دیگر این نظام ← بازارهای مدیریت شده.

- نظام های تکثرگرا (Pluralistic)

- تقسیم بندی Field

* انواع نظام های سلامت



۴۵

- نقش دولت به‌ویژه در تأمین و تخصیص مالی خدمات پر رنگ است.

- دولت نقش کمی در ارائه خدمات سلامت دارد و خدمات بیشتر توسط بیمه‌های اجتماعی ارائه می‌شوند.

- نقش اتحادیه‌های صنفی پر رنگ است ولی نه در حد دو نظام تکثرگرا و مبتنی بر بازار آزاد پزشکان به‌صورت انفرادی یا تحت پوشش اتحادیه فعالیت می‌نمایند.

- پرداخت هزینه خدمات به‌صورت غیرمستقیم و از طریق بیمه‌های دولتی صورت می‌گیرد.

نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی (Insurance/ Social Security)

- دولت خود ارائه‌کننده خدمات است و بسیاری از پزشکان در بخش دولتی فعالیت می‌کنند.

- تأمین و تخصیص مالی خدمات توسط دولت و از طریق مالیات است.

نظام‌های خدمات سلامت ملی (National Health Services)

- در این نظام سلامت، سلامتی حق مردم و دولت تضمین‌کننده و مکلف ارائه‌دهنده است.

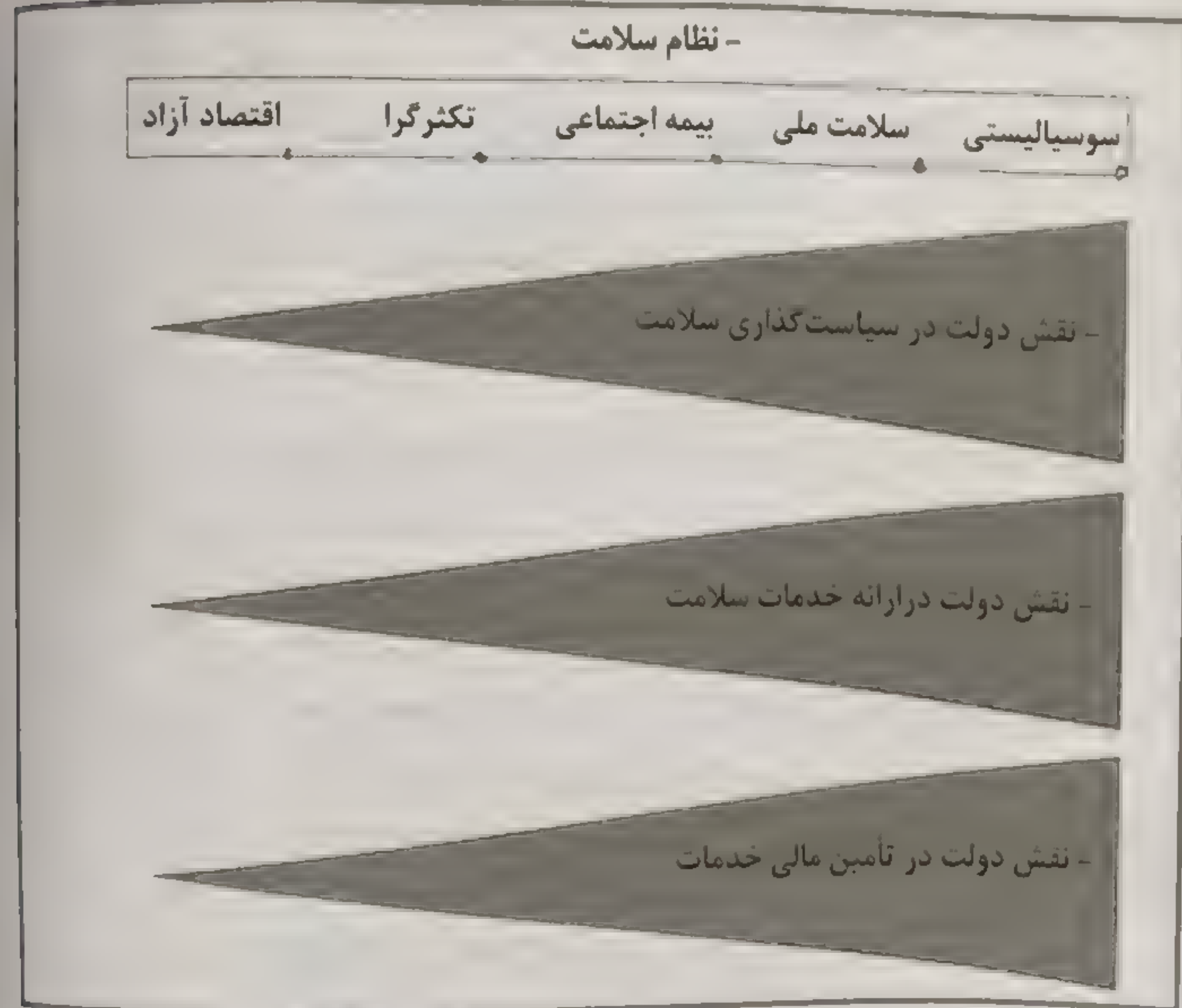
- همه مراکز ارائه خدمات سلامت دولتی هستند و تمامی کارکنان خدمات سلامت استخدام دولت.

- تمامی پرداخت‌ها غیرمستقیم و از طریق مالیات است.

نظام‌های سوسیالیستی (Socialized)

تقسیم‌بندی Field

* انواع نظام‌های سلامت



شکل ۱-۴. نقش سه‌گانه دولت در نظام‌های سلامت

- سلامتی به عنوان حق مردم پذیرفته شده ← منطبق بر ویژگی‌های نظام سوسیالیستی
- الزامی بر ارائه خدمات سلامت نیست بلکه قانون بیمه همگانی برای مردم ارائه شده
- ← منطبق بر نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی
- مراقبت‌های سلامت اولیه به صورت دولتی ارائه می‌گردد ← منطبق بر نظام خدمات سلامت ملی
- قسمت عمده‌ای از خدمات سلامت توسط بخش خصوصی ارائه می‌شود ← منطبق بر نظام سلامت تکثرگرا
- پرداخت قسمت قابل ملاحظه‌ای از هزینه‌ها به صورت مستقیم ← منطبق بر نظام مبتنی بر بازار آزاد

- تطبیق نظام سلامت ایران با
تقسیم‌بندی Field

انواع نظام‌های سلامت

- ایجاد نظام ساختارمند خدمات سلامت ← اواخر دوران قاجار ← به همت امیرکبیر و دکتر تولوزان ← ایجاد «هیأت صحیه» ← تشکیل سازمان رسیدگی به امور قرنطینه و واکسیناسیون عمومی
- تغییر نام وزارت بهداری به «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»
- اجرای طرح اصلاحات نظام سلامت کشور با نام طرح «تشکیل و استقرار نظام شبکه مراقبت‌های بهداشتی»

نظام سلامت در ایران

- سال ۱۳۶۳

- نیازهای سلامت جوامع، به دلایلی از جمله دلایل زیر، ایستا نیست و از آنجایی که اصلی‌ترین فلسفه وجود نظام‌های سلامت پاسخ‌گویی به این نیازها است، اصلاحات در این نظام‌ها ضروری‌اند.

- گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها و تغییر مشکلات سلامتی
- گذر جمعیتی و افزایش سالمندان
- توجه روز افزون به کیفیت زندگی در کنار کمیت آن

- دلایل

اصلاحات در نظام‌های سلامت

- تغییرات اجتماعی و فرهنگی جوامع ← تغییر
- عوامل خطر
- مطالبات مردم در خدمات سلامت
- تغییرات اقتصادی و نظام و ساختارهای سیاسی کشورها

سوالات برگزیده نظام‌های سلامت در ایران و جهان

۱- کدام یک جزو اهداف نظام سلامت نیست؟

الف) کارآمدی خدمات

ب) پاسخ‌گویی به مطالبات غیر بهداشتی درمانی

ج) عدالت اقتصادی

د) ایجاد مراکز جدید ارائه خدمات سلامت

پاسخ: اهداف نظام سلامت: ارتقای سلامت، پاسخ‌گویی به مطالبات غیربهداشتی درمانی مانند رعایت حرمت و کرامت انسانی افراد، مشارکت مالی عادلانه در پرداخت هزینه‌ها و سودمندی (کارآمدی) خدمات.



پاسخ: (د)

۲- کدام یک جزو عملکردهای نظام سلامت نیست؟

(الف) تأمین و تخصیص مالی (ب) خلق منابع (ج) تولید (د) بهسازی محیط

پاسخ: عملکردهای نظام سلامت: ارائه خدمات سلامت، تولید، خلق منابع و تأمین و تخصیص مالی

پاسخ: (د)

۳- نظام‌های سلامت در تقسیم‌بندی Field بر چه اساسی دسته‌بندی نمی‌شوند؟

(الف) نقش دولت در سیاست‌گذاری‌های سلامت (ب) نقش دولت در ارائه خدمات سلامت

(ج) نقش دولت در تعیین اختیارات نظام سلامت (د) نقش دولت در تأمین و تخصیص مالی خدمات سلامت

پاسخ: در سیستم Field، دسته‌بندی نظام‌های سلامت براساس نقش دولت در سیاست‌گذاری‌های سلامت، ارائه خدمات و تأمین و تخصیص مالی انجام می‌شود.

پاسخ: (ج)

۴- در نظام سلامتی که «محدودیت رقابتی» وجود ندارد، رابطه مالی ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات به چه صورت است؟

(الف) مستقیم (ب) مستقیم و غیرمستقیم ولی بیشتر مستقیم

(ج) مستقیم و غیرمستقیم ولی بیشتر غیرمستقیم (د) غیرمستقیم

پاسخ: نظام سلامتی که محدودیت رقابتی در آن وجود ندارد، نظام سلامت مبتنی بر بازار آزاد است که رابطه مالی ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت در آن به صورت مستقیم است [مراجعه به صفحه ۱۵، انواع نظام‌های سلامت].

پاسخ: (الف)

۵- ضوابط و قواعد حاکم بر نظام مبتنی بر بازار آزاد توسط کدام ارگان(ها) تعیین می‌گردد؟

(الف) فقط توسط اتحادیه‌های صنفی

(ب) بیشتر توسط اتحادیه‌های صنفی و به مقدار بسیار کمی توسط دولت

(ج) توسط اتحادیه‌های صنفی و دولت به میزان یکسان

(د) بیشتر توسط دولت و به مقدار بسیار کمی توسط اتحادیه‌های صنفی

پاسخ: (ب)

۶- در کدام نوع از نظام‌های سلامت بازار ارائه خدمات نوعی بازار آزاد است ولی توسط اتحادیه‌های صنفی و تا حدودی دولت ارائه می‌شود؟

(الف) نظام‌های مبتنی بر بازار آزاد (Emergent) (ب) نظام‌های تکثرگرا (Pluralistic)

(ج) نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی (Social Security) (د) نظام‌های خدمات سلامت ملی (National Health Services)

پاسخ: (ب)

۷- در نظام‌های سلامت «بازارهای مدیریت شده» نقش دولت در کدام خدمت زیر بیشتر است؟

(الف) پیشگیری اولیه (ب) پیشگیری ثانویه (ج) پیشگیری ثالثیه (د) هیچکدام

پاسخ: در نظام‌های سلامت «بازارهای مدیریت شده»، بخش اعظمی از خدمات توسط بخش خصوصی ارائه می‌گردد ولی دولت درصد کمی از خدمات، به ویژه در سطح پیشگیری اولیه، را ارائه می‌دهد.

پاسخ: (الف)

۸- در نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی دولت‌ها در کدام یک از موارد زیر نقش پررنگ‌تری دارند؟
(الف) پیشگیری (ب) ارائه خدمات سلامت (ج) تأمین و تخصیص مالی خدمات (د) هیچکدام

پاسخ: ج

۹- کدام جمله زیر درباره نظام‌های سلامت نادرست است؟
(الف) در نظام‌های مبتنی بر بازار آزاد، کارکردهای سیستمیک و هماهنگ وجود ندارد.
(ب) در نظام‌های تکثرگرا، ساختارهای بیمه بیشتر به صورت بیمه‌های خصوصی است.
(ج) در نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی، اتحادیه‌های صنفی تقریباً نقشی ندارند.
(د) در نظام‌های خدمات سلامت ملی و سوسیالیستی، تأمین مالی خدمات از طریق مالیات است.

پاسخ: در نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی، نقش اتحادیه‌های صنفی پررنگ است ولی نه در حد دو نظام تکثرگرا و مبتنی بر بازار آزاد.

پاسخ: ج

۱۰- کدام یک از گزینه‌های زیر درباره نظام سلامت ایران نادرست است؟
(الف) سلامتی به عنوان حق مردم پذیرفته شده ← منطبق بر ویژگی‌های نظام سوسیالیستی
(ب) الزامی بر ارائه خدمات سلامت نیست بلکه قانون بیمه همگانی برای مردم ارائه شده ← منطبق بر نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی

(ج) مراقبت‌های سلامت اولیه به صورت دولتی ارائه می‌شود ← منطبق بر نظام سلامت تکثرگرا
(د) پرداخت قسمت قابل ملاحظه‌ای از هزینه‌ها به صورت مستقیم است ← منطبق بر نظام مبتنی بر بازار آزاد
پاسخ: در نظام سلامت ایران، مراقبت‌های سلامت اولیه به صورت دولتی ارائه می‌گردد ← منطبق بر نظام خدمات سلامت ملی
ارجاع به صفحه ۱۷، تطبیق نظام سلامت ایران با تقسیم‌بندی Field

پاسخ: ج

۱۱- کدام یک از موارد زیر جزو اقدامات انجام شده در سال ۱۳۶۴ هـ.ش نیست؟
(الف) تغییر نام «وزارت بهداشت» به «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»
(ب) تشکیل سازمان رسیدگی به امور قرنطینه و واکسیناسیون‌های عمومی
(ج) اجرای طرح اصلاحات نظام سلامت کشور
(د) اجرای طرح تشکیل و استقرار نظام شبکه مراقبت‌های بهداشتی
پاسخ: تشکیل سازمان رسیدگی به امور قرنطینه و واکسیناسیون عمومی، اواخر دوران قاجار رخ داد.

پاسخ: ب

۱۲- کدام یک از عوامل زیر دلیلی بر نیاز به اصلاحات در نظام‌های سلامت نیست؟
(الف) افزایش سالمندان (ب) تغییرات اجتماعی و فرهنگی جوامع
(ج) تغییرات جهانی آب و هوا (د) تغییرات اقتصادی و ساختارهای سیاسی کشورها
پاسخ: دلایل نیاز به اصلاحات در نظام‌های سلامت: گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها و تغییر مشکلات سلامتی، گذر جمعیتی و افزایش سالمندان، توجه روز افزون به کیفیت زندگی در کنار کمیت آن، تغییرات اجتماعی و فرهنگی جوامع و در نتیجه آن تغییر در عوامل خطر و مطالبات مردم، تغییرات اقتصادی و نظام و ساختارهای سیاسی کشورها.

پاسخ: ج

فصل ۵: مراقبت‌های اولیه سلامت

- **تعریف:** مراقبت‌های سلامتی که به وسیله ارائه‌دهندگان سلامت در نخستین سطح تماس با مردم می‌گردد.

← پاسخ به نیازهای اساسی و اولیه مردم

← تا حد امکان در جایی که مردم کار و زندگی می‌کنند ارائه شود.

← طیف کامل خدمات (۱) پیشگیری، (۲) درمانی و (۳) بازتوانی را پوشش دهد

- **هدف:** تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت افراد و جامعه

*** مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC)**

۱- هماهنگی بخش‌های توسعه اقتصادی - اجتماعی

۲- مشارکت مردمی: اگر مردم در تأمین سلامتی مشارکت نداشته باشند.
 - نه نیازهای سلامتی به درستی درک می‌شود.
 - نه می‌توان مناسب‌ترین راه حل را یافت.
 - نه اجرای راهکار مقدور خواهد بود.

- از لحاظ علمی درست باشد.

- به روز باشد.

- امکانات بومی باشد.

- کشور قدرت پرداخت هزینه‌ها را داشته باشد.

- مورد قبول ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت باشد.

۳- روش‌های مناسب

۴- عدالت: خدمات متناسب با نیاز و نه متناسب با پرداخت ارائه شود.

۵- جامعیت خدمات

۶- تعهد سیاسی دولت‌ها

اصول مراقبت‌های اولیه سلامت

*** اجرای PHC در ایران**

۱- آموزش سلامت، ۲- بهبود تغذیه، ۳- دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط، ۴- بهداشت مادر و کودک و باروری سالم، ۵- ایمن‌سازی و واکسیناسیون، ۶- مبارزه با بیماری‌ها، ۷- درمان مناسب بیماری‌ها و جراحی‌ها، ۸- دسترسی به داروهای اساسی، ۹- بهداشت دهان و دندان، ۱۰- سلامت روان، ۱۱- بهداشت حرفه‌ای، ۱۲- مدیریت و کاهش خطر بلاها و پیشگیری از سوانح

- زیربنای اصلی نظام ارائه خدمات سلامت

- کاهش هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی در همه بخش‌ها

- در سال ۱۹۷۸ کنفرانس مراقبت‌های اولیه سلامت در آلمان تشکیل گردید.

*** مراقبت‌های اولیه سلامت**

- برای رعایت اندازه اقتصادی واحدهای ارائه‌دهنده خدمت ← جلوگیری از هدر رفتن منابع

۱- مراقبت‌های اولیه ← در سطح یک شامل خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت

- خدمات پیشگیری، بهداشتی و درمان‌های ساده و علامتی ← در خانه بهداشت و توسط بهورز یا در پایگاه سلامت توسط مراقب سلامت
- خدمات تکمیلی و درمان پزشکی ← در مراکز خدمات جامع سلامت
- در دسترس برای تمامی افراد جامعه

۲- مراقبت‌های سطح دوم ← در صورت نیاز برای دریافت خدمات پیچیده‌تر، ارجاع، تنها با تأیید پزشک مسئول مراقبت سامت در سطح اول (بجز موارد اورژانس) به سطوح تخصصی‌تر ← خدمات تخصصی‌تر پزشکی ← در بیمارستان‌های عمومی شهرستان‌ها

۳- مراقبت‌های سطح سوم ← خدمات تخصصی و فوق تخصصی ← در بیمارستان‌های (آموزشی) مراکز استان و سایر بیمارستان‌های فوق تخصصی برای افرادی که در سطح دوم نیاز به این خدمات برای آنها تشخیص داده شد.

* هرچه میزان پوشش PHC در جامعه بالاتر باشد ← سطح سلامت مردم نیز بالاتر ← نیاز به مراقبت‌های سطوح دوم و سوم کاهش

- شبکه با سطح‌بندی خدمات ← ارائه خدمات به‌صورت زنجیره‌ای مرتبط و تکامل‌یافته
- ادغام خدمات مختلف ← مثال: یک کودک هنگام مراجعه نزد بهورز هم خدمت مرتبط با تغذیه را دریافت می‌کند هم ایمن‌سازی
- دسترسی جغرافیایی ← حداکثر فاصله افراد از این واحدها حداکثر ۱ ساعت پیاده‌روی و محل استقرار واحدهای بهداشتی درمانی در مسیر حرکت طبیعی مردم باشد.
- دسترسی فرهنگی
- تناسب بین حجم خدمات و نیروی انسانی
- هزینه خدمات ← خدمات پیشگیرانه و سلامت عمومی رایگان و خدمات سطح دوم و سوم از طریق بیمه‌ها تأمین هزینه شود.

- استفاده از کارکنان غیرپزشک برای ارائه خدمات سلامت (بهورز).
- دقت بیشتر برای پرداختن به خدمات تخصصی
- جلوگیری از ارائه خدمات تکراری
- کاهش هزینه‌ها

- فراهم کردن خدمات تخصصی در غالب نظام ارجاع

ویژگی‌های اصلی نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی ایران

واحد های ارائه خدمات سلامت اولیه در کشور

- محیطی ترین واحد ارائه خدمات روستایی
- جمعیت تحت پوشش: حدود ۱۰۰۰ نفر در روستای اصلی و غالباً چند روستای دیگر (روستاهای همجوار)
- کارکنان: بهورز ← معمولاً یک زن و یک مرد بومی همان روستا
- خانه بهداشت
- محیطی ترین واحد بهداشتی در مناطق شهری
- جمعیت تحت پوشش: حدود ۱۲۵۰۰ نفر
- کارکنان: مراقبین سلامت و ماما
- پایگاه سلامت
- مرکز خدمات جامع سلامت روستایی: معمولاً یک خانه بهداشت را در همان روستا و چند خانه بهداشت روستاهای دیگر را تحت پوشش دارد. جمعیت تحت پوشش: حدود ۹۰۰۰ نفر
- مرکز خدمات جامع سلامت شهری: جمعیتی حدود ۵۰ هزار نفر را پوشش می دهد.
- خدمات: پزشک عمومی (متخصص پزشکی خانواده)، دندان پزشک، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان، دارو- دارویار، کارشناس بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، کارشناس آزمایشگاه
- مستقر در منطقه روستایی فاقد دسترسی به بیمارستان
- جمعیت تحت پوشش: ۴۰ هزار نفر
- ارائه خدمات زنان و مامایی
- تسهیلات زایمانی

- در کشور ما نظام پرداخت در سطوح ۲ و ۳ به صورت کارانه ایست (پرداخت به ارائه کنندگان خدمات براساس تعداد خدمت ارائه شده)

- زمینه ساز ایجاد تقاضای القایی
- افراد بدون رعایت نظام ارجاع و بدون نیاز به خدمات تخصصی به متخصص مراجعه می کنند ← این پزشک بدون اطلاع از اقدامات قبلی درخواست های متعدد و تکراری پاراکلینیک انجام داده ← بیمه ها ناتوان از جبران هزینه ها شده ← منابع مالی به جای هزینه در بخش پیشگیری به بخش درمان های تخصصی تخصیص می یابد

- برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع یکی از مهم ترین راهبردهای اطلاع نظام سلامت است (مؤلف: بیمار به پزشک خود مراجعه می کند و پزشک در صورت نیاز بیمار رو به سطوح بالاتر ارجاع می دهد).

- پزشک خانواده مسئول هماهنگی و هدایت تیم ارائه دهنده خدمات سلامت در منطقه تحت پوشش خود می باشد. حتی به از ارجاع فرد به سطوح تخصصی مسئولیت پیگیری پیامد ارجاع به عهده پزشک و تیم سلامت است.

- بنابراین پزشک خانواده باعث افزایش دسترسی، بهره مندی عادلانه، افزایش پاسخ گویی، کاهش هزینه ها و تقاضاهای فزاینده امید به زندگی، منطقی کردن خدمات تخصصی و اقدامات درمانی، تأمین و حفظ و ارتقای سلامت، افزایش پوشش بیمه و سلامت نگر کردن بیمه ها، کاهش مصرف خودسرانه دارو و کاهش مرگ و میر کودکان زیر یک سال شد.

- نیروی انسانی مناسب
- پرونده الکترونیک سلامت ← سامانه یک پارچه سلامت (سیب)
- نیاز برنامه پزشک خانواده

پزشک خانواده

سؤالات برگزیده مراقبت‌های اولیه سلامت

۱- در کدام یک از کنفرانس‌های زیر، مراقبت‌های اولیه بهداشتی به عنوان کلید رسیدن به هدف سلامت برای همه مورد تصویب قرار گرفت؟
(علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۳۹۰)

الف) آخرین کنفرانس صحت بین‌الملل در سال ۱۹۳۸

ب) کنفرانس بهداشت بین‌الملل در سال ۱۹۴۶

ج) کنفرانس بین‌المللی مشترک سازمان جهانی بهداشت و یونیسف ۱۹۷۸

د) اولین کنفرانس صحت بین‌الملل در سال ۱۸۵۱

پاسخ: کنفرانس مراقبت‌های اولیه سلامت در سال ۱۹۷۸ در آلمانا تشکیل گردید. از موارد مطرح شده در این کنفرانس: «سلامتی برای همه»، PHC و حق سالم زیستن مهم‌ترین هدف اجتماعی

پاسخ: ج)

۲- کدام یک از مداخلات زیر در رویکرد جامع در مراقبت‌های بهداشتی اولیه مطرح است؟
(علوم پایه پزشکی - آبان ۱۳۹۰)

الف) پیشگیری - غربالگری - درمانی - بازتوانی

ب) ارتقای - پیشگیری - نوتوانی - بازتوانی

ج) ارتقای - پیشگیری - درمانی - بازتوانی

د) ارتقای - غربالگری - درمانی - بازتوانی

پاسخ: ج)

۳- منظور از جامعیت خدمات در مراقبت‌های اولیه بهداشتی چیست؟
(علوم پایه پزشکی - اسفند ۱۳۹۹)

الف) منابع و امکانات بگونه‌ای در اختیار مردم قرار گیرد که همه مردم جامعه صرف‌نظر از تفاوت‌ها به امکانات بهداشتی دسترسی داشته باشند.

ب) همه امکانات، ابزار، روش‌ها و نیروی انسانی مناسب و منطبق با شرایط جامعه در ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه به کار گرفته شوند.

ج) همه مردم جامعه در ایجاد، نگهداری و استفاده از خدمات بهداشتی و پیشگیری فعالیت داشته باشند.

د) مراقبت‌های بهداشتی اولیه در برگیرنده مداخلات ارتقای، پیشگیری کننده و باز توانی باشد.

پاسخ: د)

۴- کدام یک از موارد زیر از اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه به شمار نمی‌آید؟
(علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۳۹۹)

الف) بهبود وضع تغذیه

ب) گسترش برنامه ایمن‌سازی

ج) عدالت

د) تأمین و تدارک داروهای اساسی

پاسخ: مراجعه به صفحه ۲۰، اجزای PHC در ایران.

پاسخ: ج)

۵- خدمات بیمارستان‌های تخصصی جزء کدام سطح از سطوح مراقبت‌های سلامتی محسوب می‌شود؟
(پزشکی علوم پایه - شهریور ۱۳۹۸)

الف) اول

ب) دوم

ج) سوم

د) چهارم

پاسخ: خدمات بیمارستان‌های تخصصی جزء مراقبت‌های سطح سوم محسوب می‌شود.

پاسخ: ج)

۶- محیطی‌ترین واحد ارائه خدمات در نظام سلامت کدام است؟
(پزشکی علوم پایه - شهریور ۱۳۹۸)

الف) بیمارستان تخصصی

ب) بیمارستان عمومی

ج) مرکز بهداشتی درمانی

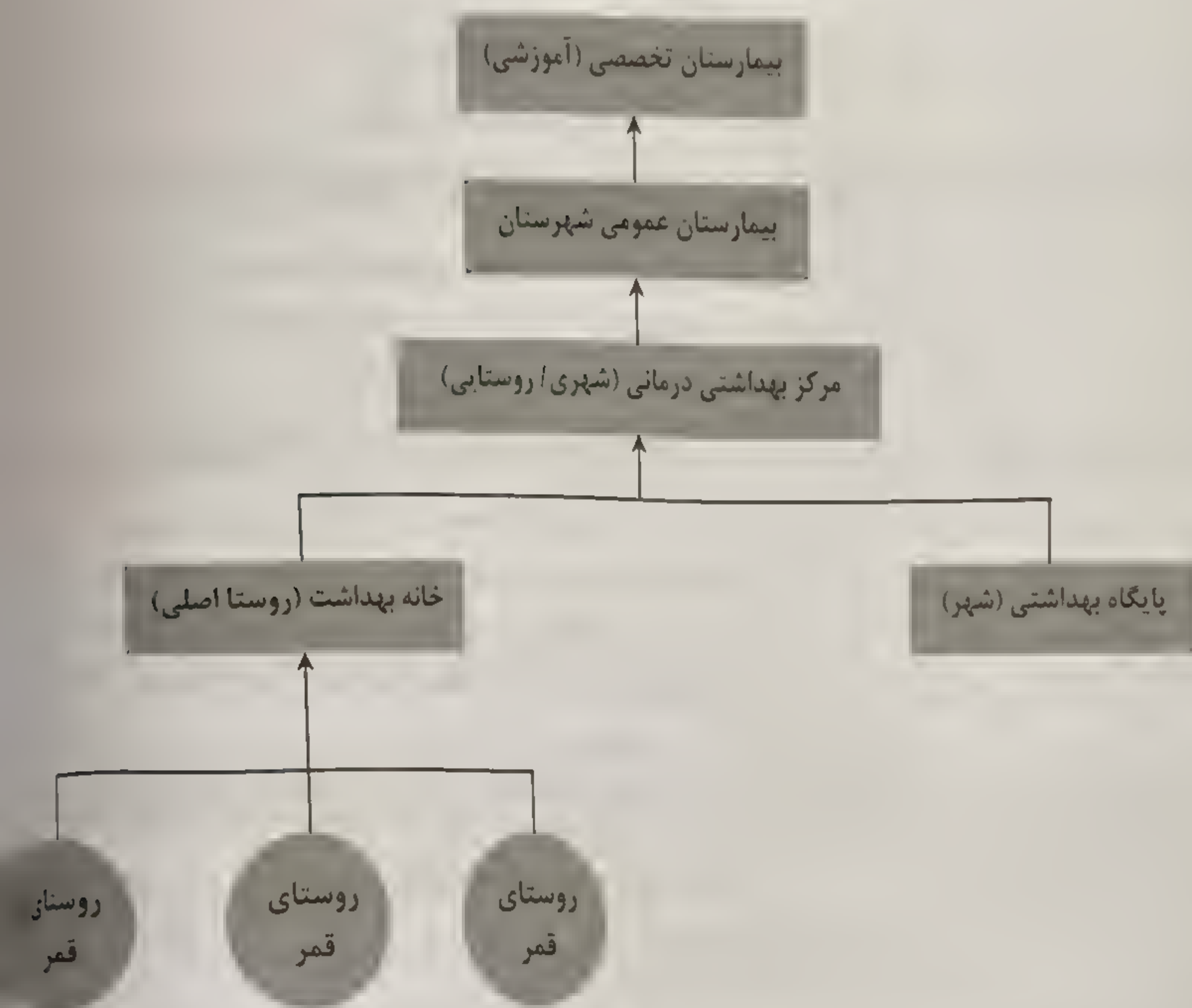
د) خانه بهداشت

پاسخ: خانه بهداشت محیطی‌ترین واحد ارائه دهنده خدمات در نظام سلامت ایران است.

پاسخ: د

۷- ترتیب صحیح واحدهای ارائه دهنده خدمت در سیستم ایران کدام است؟

- الف) روستاهای اقماری، روستای اصلی دانشگاهی مرکز استان، مرکز بهداشت درمانی، بیمارستان عمومی شهر
 ب) روستاهای اصلی، مرکز بهداشتی درمانی، بیمارستان دانشگاهی مرکز استان
 ج) روستای اصلی، مرکز بهداشتی درمانی، بیمارستان عمومی شهر، بیمارستان دانشگاهی مرکز استان
 د) روستای اقماری، روستای اصلی، مرکز بهداشتی درمانی، بیمارستان
- پاسخ: در روستای قمر واحد ارائه کننده خدمات سلامت وجود ندارد.



پاسخ: ج

۸- کدام یک از اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران نیست؟

- الف) آموزش سلامت ب) بهسازی محیط ج) بهداشت دهان و دندان د) حمایت از افراد مسن

پاسخ: د

۹- کدام یک از جملات زیر نادرست است؟

- الف) سطح‌بندی مراقبت‌های سلامت باعث جلوگیری از هدر رفت منابع می‌شود.
 ب) خانه‌های بهداشت جزو مراکز خدمات سلامت سطح یک هستند و مسئول ارائه خدمات در آنها به‌ورزها می‌باشند.
 ج) مراکز خدمات جامع سلامت در سطح دوم مراقبت‌های بهداشتی قرار دارند و پزشک عمومی از ارائه دهندگان خدمات سلامت این مراکز به شمار می‌رود.

د) خدمات سطح سوم در بیمارستان‌های آموزشی مراکز استان ارائه می‌شوند.

پاسخ: مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی قرار دارند.

پاسخ: ج)

۱۰- کدام یک از گزینه‌های زیر صحیح می‌باشد؟

(تالیفی)

الف) هر چه پوشش PHC بالاتر باشد نیاز مردم به مراقبت‌های سطوح دوم و سوم کاهش می‌یابد.

ب) حداکثر فاصله افراد از مراکز بهداشتی درمانی سطح اول باید در حد یک ساعت رانندگی باشد.

ج) در تمام سطوح مراقبت‌های بهداشتی یک پزشک باید در مرکز ارائه خدمت مستقر باشد.

د) مراقبت‌های اولیه سلامت حتی اگر مورد قبول گیرندگان خدمات نباشند، باید ارائه شوند.

پاسخ: حداکثر فاصله افراد از مراکز بهداشتی درمانی سطح اول باید در حداکثر ۱ ساعت پیاده روی باشد و محل استقرار واحدهای

بهداشتی درمانی در مسیر حرکت طبیعی مردم باشد (گزینه ب). خدمات سلامت در خانه بهداشت و توسط بهورز ارائه می‌شود

(گزینه ج). مراقبت‌های اولیه سلامت باید مورد قبول ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت باشد (گزینه د).

پاسخ: الف)

۱۱- جمعیت تحت پوشش کدام یک از واحدهای ارائه خدمات سلامت زیر بیشتر است؟

(تالیفی)

الف) خانه بهداشت ب) پایگاه سلامت ج) مرکز خدمات جامع سلامت روستایی د) تسهیلات زایمانی

پاسخ: جمعیت تحت پوشش ← خانه بهداشت: حدود ۱۰۰۰ نفر در روستای اصلی و غالباً چند روستای دیگر (روستاهای قمر) - پایگاه

سلامت: حدود ۱۲۵۰۰ نفر - مرکز خدمات جامع سلامت روستایی: حدود ۹۰۰۰ نفر - مرکز خدمات جامع سلامت شهری: حدود ۵۰

هزار نفر - تسهیلات زایمانی: حدود ۴۰ هزار نفر

پاسخ: د)

۱۲- برنامه پزشک خانواده باعث تمام موارد زیر شده بجز:

(تالیفی)

الف) افزایش امید به زندگی

ب) کاهش مرگ و میر کودکان زیر یک سال

ج) سلامت نگر کردن بیمه‌ها

د) کاهش مرگ و میر مادران

پاسخ: مراجعه به صفحه ۲۲، قسمت «پزشک خانواده».

پاسخ: د)

فصل ۶: عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت

عوامل اجتماعی

- تعریف تعیین کننده های اجتماعی سلامت: «شرایطی که در آن افراد رشد می کنند، زندگی می بزرگ می شوند و در آن با بیماری مقابله می کنند. شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی که زندگی را تشکیل می دهد و آنها در آن شرایط به دنیا آمده و سپس می میرند.» ← سلامت افراد و جمعیت تحت تأثیر قرار می دهند.

- نابرابری اجتماعی ← دلیل اصلی و قابل اجتناب اختلاف در پیامدهای سلامتی و امید به زندگی در مختلف و حتی طبقات اجتماعی مختلف یک جامعه

- یک سری از این عوامل }
- محل اقامت - شغل - تحصیلات - ارزش ها
- نژاد - جنس - فرهنگ - سرمایه اجتماعی

* مرگ کودکان زیر ۵ سال ← شاخصی از سلامت جوامع ← در کشور ایران ۱۴ به ازای هر هزار تولد

موقعیت اجتماعی اقتصادی

باعث
- سطح سلامتی پایین ← سطح اقتصادی - اجتماعی پایین
باعث

- حمایت اجتماعی از افراد جامعه ← افزایش سطح سلامتی افراد ← افزایش سطح سلامتی جامع
توسعه کشور ← نمود این توسعه در سطوح اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و ...
- کشورهای دارای سطح بالای نابرابری ← انسجام اجتماعی کمتر و خشونت بیشتر

محرومیت های اجتماعی

- تعریف: عدم برخورداری از مزایا، حمایت، فرصت ها، مشارکت و مهارت های اجتماعی
- محرومیت اجتماعی ← تبعیض و احساس ننگ ← اضطراب طولانی مدت ← آسیب روانی

- گروه های در معرض محرومیت اجتماعی }
- زنان
- مهاجرین
- افراد مجرد
- خانواده هایی که مسکن اجاره ای دارند.
- افراد بالای ۶۵ سال (مسن)
- افراد دارای ناتوانی یا مبتلا به بیماری مزمن
- افرادی که در دبستان ترک تحصیل می کنند.
- خانواده های تک والد

اشتغال و استخدام

- ایجاد فرصت های شغلی مناسب برای افراد بالای ۱۵ سال توسط دولت ← ارتقای کیفیت زندگی سلامت فرد ← ارتقای سلامت جامعه و موجب توسعه کشور

- بیکاری }
- در سطح فردی ← انواع بیماری های جسمی و روانی
- در سطح جامعه ← خشونت و ناهنجاری اجتماعی

مسکن و محل زندگی

- مسکن مناسب ← کاهش محرومیت اجتماعی و بیماری جسمی و روانی ناشی از آن
- افراد در معرض زندگی در خانه‌های نامناسب
 - افراد جوان
 - افراد با ناتوانی درازمدت
 - افراد با درآمد پایین یا بدون منبع درآمد
- افراد کارتن خواب
 - بیشترین گروه سنی ← ۲۵ تا ۴۰ سال
 - بازدارنده توسعه و حرکت چرخ اقتصادی کشور
 - اعتیاد، فقر و مشکلات خانوادگی ← علل عمده بی‌خانمانی این افراد

سلامت بهتر از طریق مداخله

در مؤلفه‌های اجتماعی

- تمرکز عملکرد دولت‌ها روی مؤلفه‌های اجتماعی سلامت
 - باعث
 - پیشگیری از بی‌عدالتی در سلامت
 - پیشگیری از بسیاری از بیماری‌های مزمن
 - کاهش هزینه سالانه بیمارستان‌ها
- چهار حیطه اصلی
 - تکامل ابتدای کودکی
 - اشتغال مناسب
 - حمایت اجتماعی
 - محیط زندگی

← بیشترین تأثیر روی سلامت افراد
- بنیاد سلامت بالغین در دوران کودکی و قبل از تولد نهاده می‌شود
 - حمایت ناکافی هیجانی در دوران کودکی
 - کندی رشد و تکامل

← سلامت جسمی و روانی بالین را به مخاطره می‌اندازد.
- شرایط نامناسب دوران بارداری مثل
 - سیگار، الکل و مواد مخدر
 - تغذیه نامناسب
 - استرس
 - عدم فعالیت فیزیکی

← زمینه‌ساز انواع بیماری‌ها در بزرگسالی

فقر

- اثر چشمگیری روی مرگ زودرس و سلامتی (به‌ویژه ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی)
- افراد در فقر
 - افراد بیکار
 - اقلیت‌های قومیتی
 - افراد بی‌خانمان
- فقر مطلق ← نداشتن امکانات اولیه زندگی
- فقر نسبی ← درآمد کمتر از ۶۰٪ میانه جمعیت ← دسترسی این افراد به مسکن، آموزش و حمل و نقل مناسب نیست
- محدودیت در مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی
- دسترسی به خدمات سلامت هم در این افراد محدود است.
 - ← به خطر افتادن سلامتی فرد
- زندگی در فقر برای
 - خانم‌های باردار
 - نوزادان و کودکان
 - سالمندان

← مخاطره‌آمیزتر است.

- پرفه معيوب، فقر و محروميت اجتماعي ← افزايش خطر طلاق، اعتياد، ناتواني و بيماري ← افزايش فقر
محروميت اجتماعي

فقر

- سياست گذاري روي ماليات

- فراهم آوردن آموزش

- ايجاد اشتغال

- مديريت اقتصاد

- روش هاي دولت ها براي پيشگيري از فقر

سياست گذاري با توجه به عوامل اجتماعي تعيين کننده سلامت

- ارائه خدمات پيشگيري قبل از اولين بارداري

- تاسيس مركز ارائه خدمات سلامت براي کودکان

- ارتقاء سطح آموزش در مدارس

- افزايش آگاهي والدين

- در جوامع با سطح اجتماعي اقتصادي پايين،

پيشگيري از مفاظرات رشد و نمو دوران كودكي با

- تأمين آگاهي والدين از منبع صحيح ← شناسايي نيازهاي واقعي فرزندان ← پيشگيري از آسيب رسيدن به آنها
توسط والدين ناآگاه

- از طريق ويزيت هاي در منزل

- از طريق مدارس

- اطمينان از ارتباط مناسب بين والدين و كودك

سؤالات برگزيده عوامل اجتماعي مرتبط با سلامت

۱- کدام یک از جملات زیر نادرست است؟

(تأیید)

الف) نابرابری اجتماعی دلیل اصلی و غیرقابل اجتناب اختلاف در سلامتی در جوامع مختلف است.

ب) مرگ کودکان زیر ۵ سال شاخصی از سلامت جوامع است که در ایران ۱۴ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده است.

ج) بیشترین گروه سنی در افراد کارتن خواب، ۳۵ تا ۴۰ سال می باشند.

د) عدم برخورداری از فرصت ها، مشارکت و مهارت های اجتماعی می تواند باعث آسیب روانی شود.

پاسخ: نابرابری اجتماعی دلیل اصلی و قابل اجتناب در پیامدهای سلامتی و امید به زندگی در جوامع مختلف و حتی طبقه های اجتماعی مختلف یک جامعه می باشد (گزینه الف).

تعریف محرومیت اجتماعی: عدم برخورداری از مزایا، حمایت، فرصت ها، مشارکت و مهارت های اجتماعی محرومیت اجتماعی ← احساس تبعیض و تنگ ← اضطراب طولانی مدت ← آسیب روانی (گزینه د)

پاسخ: الف)

۲- کدام یک از موارد زیر جزء چهار حیطه اصلی مؤلفه های اجتماعی مورد تمرکز دولت ها نیست؟

(تأیید)

د) محیط زندگی

ج) سطح سواد

ب) اشتغال مناسب

الف) تکامل ابتدای کودکی

۶

پاسخ: تمرکز دولت‌ها روی مؤلفه‌های اجتماعی سلامت چهار حیطه اصلی دارد که شامل (۱) تکامل ابتدای کودکی، (۲) اشتغال مناسب، (۳) حمایت اجتماعی و (۴) محیط زندگی است. این چهار حیطه بیشترین تأثیر را بر سلامت افراد دارند.

پاسخ: ج

۳- تمرکز دولت‌ها روی مؤلفه‌های اجتماعی سلامت باعث همه موارد زیر می‌شود به جز:

(۵ لیفی)

- الف) پیشگیری از بی‌عدالتی در سلامت
ب) پیشگیری از بسیاری از بیماری‌های مزمن
ج) کاهش هزینه سالانه بیمارستان‌ها
د) پیشگیری از آلوده شدن محیط زیست انسان‌ها

پاسخ: د

۴- کدام جمله درباره فقر صحیح نیست؟

(۵ لیفی)

الف) اثر چشمگیری روی مرگ زودرس و سلامتی (به‌ویژه ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی) دارد.

ب) فقر مطلق عبارت است از نداشتن امکانات اولیه زندگی.

ج) فقر نسبی داشتن درآمد کمتر از ۴۰٪ میانه جمعیت است.

د) افراد دچار فقر نسبی دسترسی محدود شده‌ای به خدمات سلامت دارند.

پاسخ: فقر نسبی عبارت است از درآمد کمتر از ۶۰٪ میانه جمعیت. در این افراد مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و دسترسی به خدمات سلامت محدود می‌شود که باعث به خطر افتادن سلامتی آنهاست.

پاسخ: ج

فصل ۲: آموزش و ارتقای سلامت

- تعریف ارتقای سلامت: فرآیندی است که مردم را قادر می‌سازد که بر سلامتی خود کنترل داشته باشند و آن را بهبود بخشند.
- ارتقای سلامت شامل عملکرد سازمان‌های مختلف است و مجموعه‌ای از فرایندهاست که نه تنها در پی تقویت مهارت‌های افراد بلکه به دنبال تغییر شرایط اجتماعی، محیطی و ... تأثیرگذار بر سلامت است.

- هدف: «سلامت برای همه» تا سال ۲۰۰۰

- حمایت: جهت‌دهی شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی در ارتقاء سلامت
- توانمندسازی: توانمند کردن مردن برای رسیدن به عدالت در - میانجی‌گری: مشارکت بین تمامی بخش‌ها

- استراتژی

- آتوا (۱۹۸۶)

بخشی از تاریخچه
کنفرانس‌های
ارتقاء سلامت

- سلامت به عنوان منبع زندگی روزمره نه هدف زندگی

- هلستینکی (۲۰۱۳) ← مفهوم «سلامت در همه سیاست‌ها»

- ۱- حکمرانی خوب: دولت‌ها تأثیرات سیاست‌های خود را روی سلامتی در نظر بگیرند ← مثلاً: بستن کمربند ایمنی
- ۲- سواد سلامت ← مردم نیازمند کسب دانش، مهارت و اطلاعات برای انتخاب‌های سالم هستند
- ۳- شهرهای سالم ← رهبری و تعهد قوی در سطح شهرداری‌ها برای برنامه‌ریزی شهری سالم، اقدامات و پیشگیری و تسهیلات مراقبت‌های اولیه اساسی هستند.

ابعاد ارتقای سلامت

- تعریف: درمان شرایط مرتبط با سلامتی به منظور ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها
- مثال: واکسیناسیون
- مزایا: اثرات آن به راحتی قابل سنجش است.
- معایب: (۱) تعیین‌کننده‌های وسیع‌تر سلامت را در نظر نمی‌گیرد. (۲) در این رویکرد سلامت نداشتن بیماری است.

۱- رویکرد پزشکی

* رویکردهای ارتقای سلامت
← براساس نظریه اسکریپتون

- تعریف: تشویق افراد به تغییر رفتارهایشان
- مثال: برنامه ترک سیگار
- مزایا: در ابتدا سنجش موفقیت آسان است.
- معایب: (۱) نمی‌توان به راحتی نشان داد که ارتباطی بین مداخله و هرگونه تغییر بعدی وجود دارد. (۲) وابسته به افراد کارشناس در مراحل مختلف تغییر رفتار است.

۲- رویکرد تغییر رفتار

۵۵

- تعریف: افزایش دانش افراد برای تغییر رفتار مرتبط به سلامت ← افراد را مجبور به انجام رفتار خاصی نمی‌کند (برخلاف رویکرد تغییر رفتار)
- مثال: افزایش آگاهی در مورد منافع ترک سیگار
- مزایا: توانمند کردن افراد در راستای افزایش دانش و تغییر نگرش
- معایب: (۱) وقت گیر است. (۲) ممکن است فرد علی‌رغم داشتن آگاهی انتخاب درست نکند ← تغییر نگرش نیز مهم است.

۳- رویکرد آموزشی

- تعریف: تأکید بر دیدگاه‌های افراد و کمک به آنها در تشخیص نیازهای سلامتی‌شان و قادر ساختن آنها به رفع این نیازها.
- مثال: صحبت با فرد دارای اضافه وزن که نمی‌خواهد تغییری در تغذیه‌اش بدهد و فقط می‌خواهد فعالیت بدنی‌اش را افزایش دهد.
- مزایا: دیدن موضوع از منظر مراجعه‌کننده و دادن اجازه تصمیم‌گیری به آنها
- معایب: تغییر رفتار وقت گیر است.
- * می‌تواند در سطح فردی یا جامعه انجام شود.

۴- رویکرد توانمندسازی
مراجع - مهور

- تعریف: تغییر جامعه برای تسهیل ارتقاء سلامت
- مثال: جریمه مصرف سیگار در اماکن عمومی
- مزایا: توجه به موضوعات اجتماعی و سیاست‌گذاری
- معایب: رویکرد بالا به پایین است.

۵- رویکرد تغییر اجتماعی

* رویکردهای ارتقای سلامت
→ براساس نظریه اسکریپتون

- * برای برنامه‌ریزی و ارزشیابی برنامه سلامت و طراحی برنامه آموزشی جامعه مناسب است.
- مرحله اول: تشخیص اجتماعی یا ارزیابی کیفیت زندگی ← سنجش تعیین‌کننده‌های اجتماعی که بر کیفیت زندگی (سلامت) اثر می‌گذارند، با استفاده از پرسشنامه، مشاهده یا مصاحبه
- مرحله دوم: ارزیابی اپیدمیولوژیکی ← بررسی آمار و ارقام اپیدمیولوژیک مانند بروز و شیوع بیماری‌ها
- مرحله سوم: ارزیابی رفتاری و محیطی
 - شاخص‌های رفتاری: مصرف دارو، پذیرش و توصیه‌های پزشک و ...
 - عوامل محیطی: محیط اقتصادی، نحوه دسترسی و ...

* ضروری‌ترین قسمت مدل

- ۱- عوامل زمینه‌ساز: انگیزه یا دلیل اساسی را برای رفتار فراهم می‌کند
← معلومات، نگرش‌ها، دانش
- ۲- عوامل تقویت‌کننده ← حمایت اطرافیان، والدین، دوستان، همسالان، معلمین و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
- ۳- عوامل توانمندساز ← دسترسی به خدمات، وجود منابع و قوانین و مقررات برای انجام یک رفتار ← مانند افزایش مالیات سیگار

* عوامل اثرگذار روی رفتار

• مرحله چهارم: ارزیابی
آموزشی و اکولوژیک

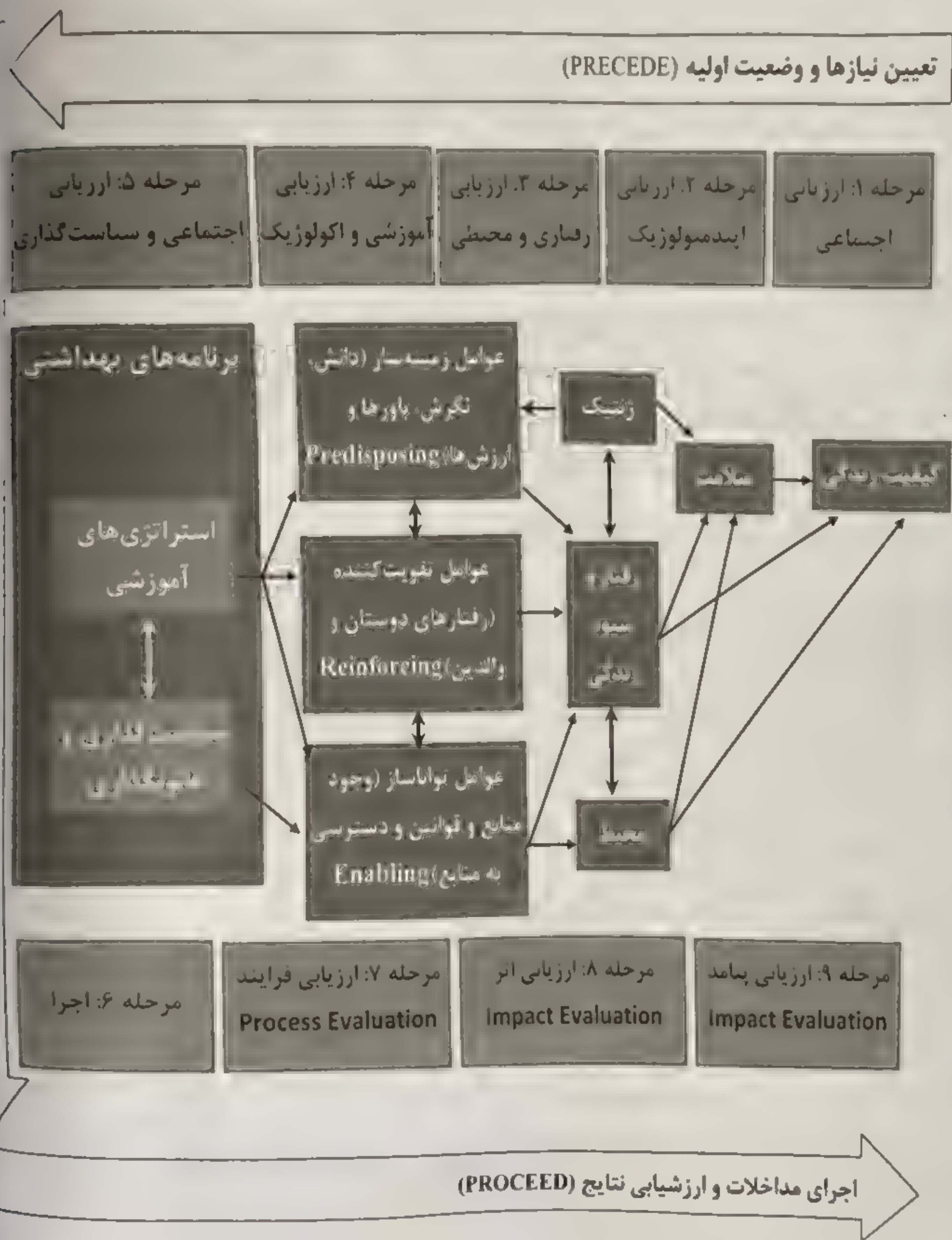
- مدل پرسیر - پروسیر (PRECEDE-PROCEED)

* مدل‌های ارتقاء سلامت

۵۶



- مرحله پنجم: ارزیابی اجرایی و سیاست گذاری ← برنامه ریزی از نظر اجرا شامل تعیین روند کار، تعیین نیروی انسانی
- مرحله ششم: اجرا ← مداخله براساس ارزیابی انجام شده در مرحله قبل
- مرحله هفتم: ارزشیابی فرایند ← روند انجام مراحل با استانداردهای مشخص شده مقایسه می گردد برنامه قبل از گسترده شدن آن
- مرحله هشتم: ارزیابی اثر ← متمرکز روی اثرات فوری. پاسخ به سؤال «آیا برنامه روی رفتار و محیط یا نه»
- مرحله نهم: ارزیابی پیامد ← برنامه در درازمدت روی کیفیت زندگی و وضعیت بهداشتی تأثیر داشته یا نه

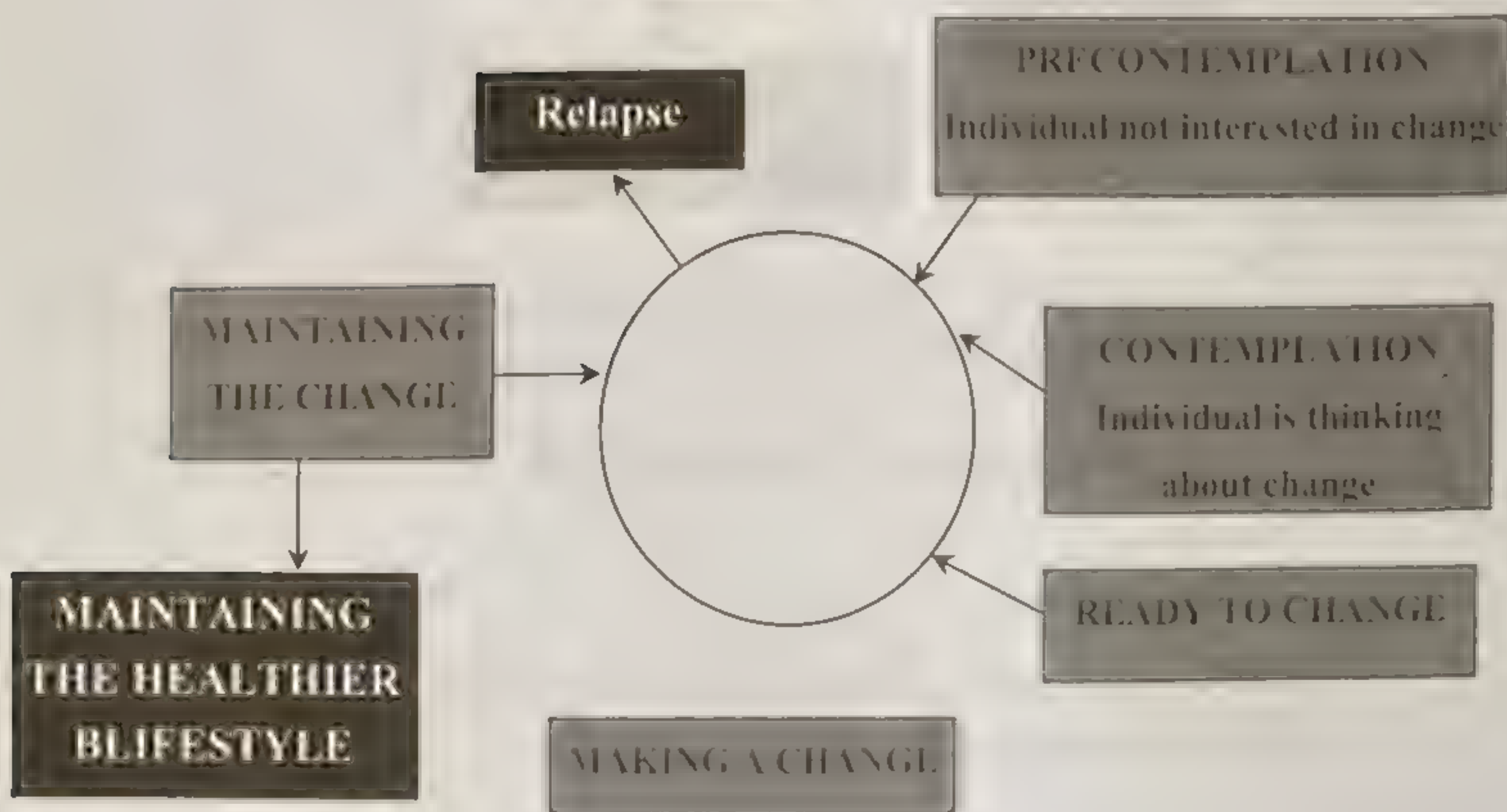
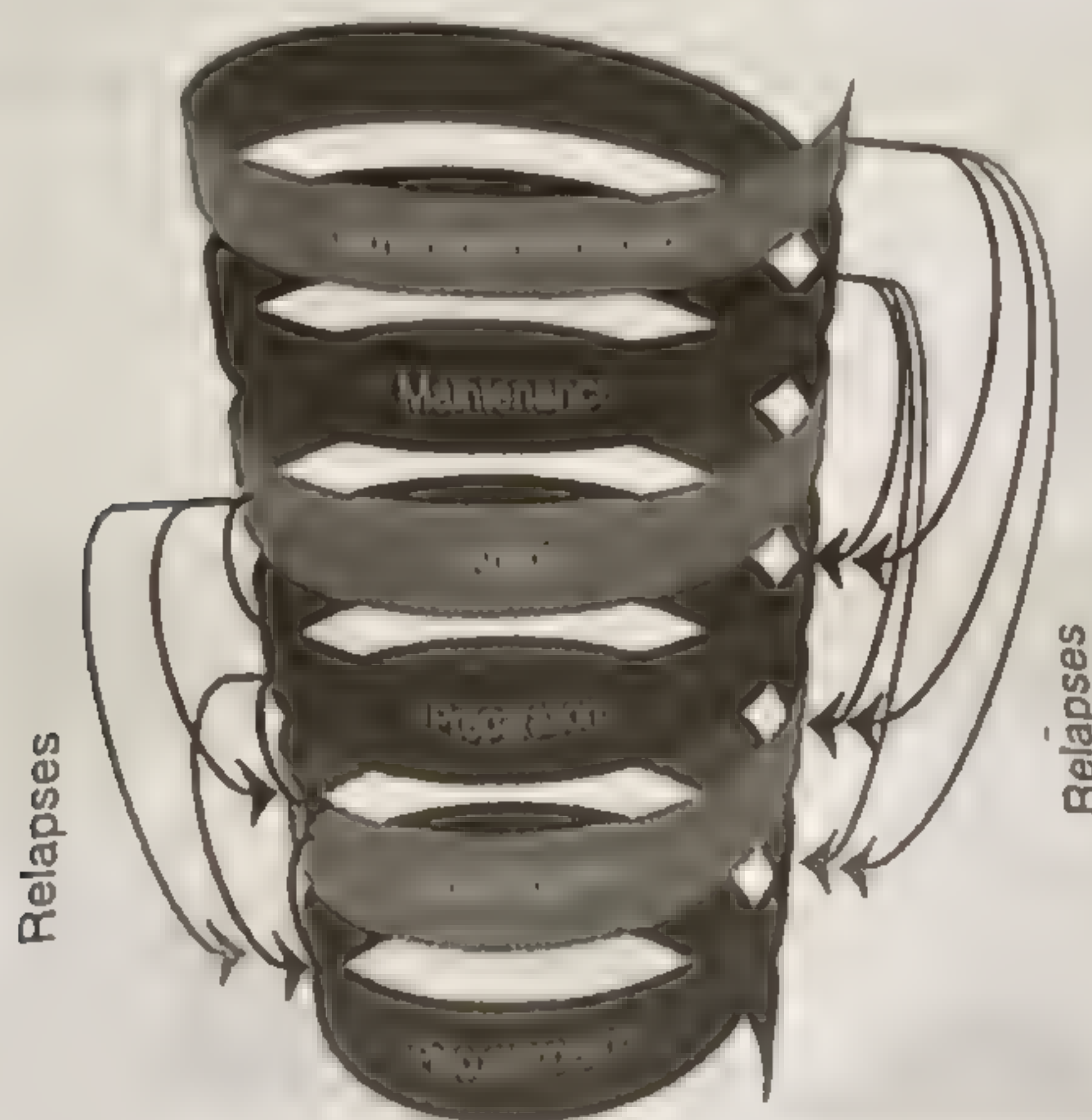


شکل ۱-۷. مراحل مدل پرسید - پرسید

مدل پرسید - پرسید (PRECEDE-PROCEED)

* مدل های ارتقاء سلامت

- افراد قبل از تغییر رفتار، مراحل را به شرح زیر باید طی کنند.
- ۱- پیش قصد: فرد هیچ قصدی برای در پیش گرفتن سلامتی با تغییر رفتار ندارد ← باید آگاهی را افزایش داد و مشکل سلامت مربوط به رفتار را توضیح داد.
 - ۲- قصد: فرد قصد دارد طی یک مدت زمان مشخص رفتار مورد نظر را تغییر دهد. مثلاً می‌گوید «من می‌خواهم سیگار را ترک کنم ولی فعلاً نمی‌توانم». ← بهتر است منافع ترک رفتار را برای او توضیح داد.
 - ۳- آمادگی: فرد آماده تغییر است و تا یک ماه آینده می‌تواند اقدام کند ← موانع ترک رفتار و راه‌های غلبه بر آن توضیح داده شود.
 - ۴- عمل: فرد تغییر مورد نظر را کمتر از ۶ ماه است که انجام داده ← دادن برنامه به مراجعه‌کننده و پایش وی.
 - ۵- تداوم: فرد بیش از ۶ ماه است که رفتار را کنار گذاشته ← پیگیری وی و جلوگیری از بازگشت (relapse)



مدل مراحل تغییر (Stage of Change Model/ Transbiomal Model/ Transtheoretical Model)

* مدل‌های ارتقاء سلامت

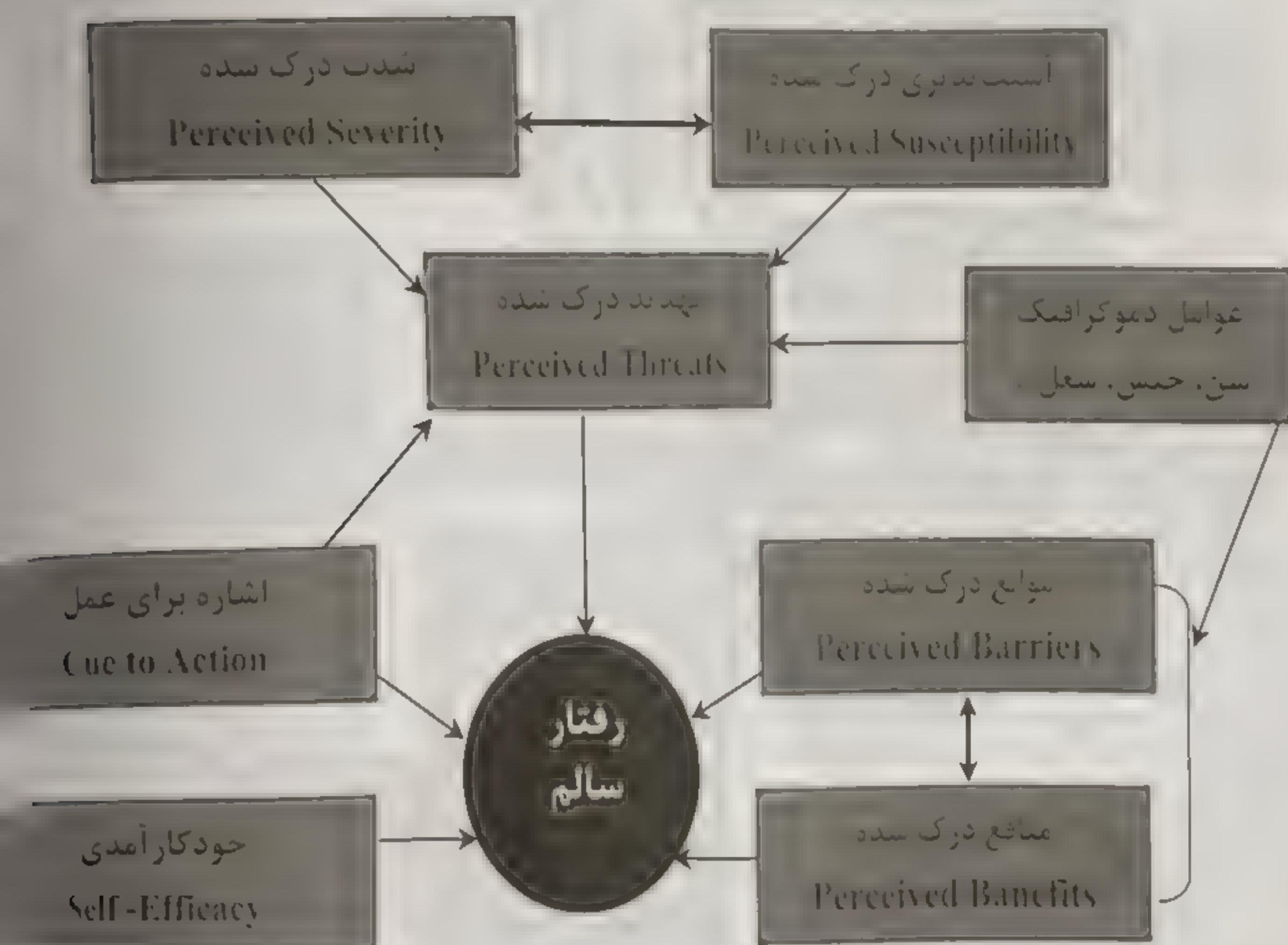
شکل ۲-۷. مدل مراحل تغییر به دو شکل حلقوی و مارپیچی



۵

- آسیب پذیری شخص نسبت به بیماری یا عامل خطر ← آسیب درک شده
- عوامل جدی بالقوه ناشی از عدم انجام رفتار سلامت ← شدت درک شده
- باور به اینکه اقداماتی وجود دارند که می توانند آسیب پذیری را عوارض را کم کنند ← منافع درک شده
- باور به اینکه منافع انجام یک رفتار سالم بیش از هزینه رفع موانع آن است ← موانع درک شده
- گروهی از باورها هستند که انجام یک رفتار سلامتی را باعث می شوند.

- اشاره برای عمل (Cue to action): راهنماهایی در اطراف که می توانند فرد را به سمت رفتار مورد نظر سوق دهد یا مانع انجام آن رفتار شود ← مثل رسانه ها
- خودکارآمدی: باور فرد به توانایی های خودش در انجام یک رفتار



شکل ۳-۷. مدل باروری سلامتی یا اعتقاد بهداشتی

* مدل های تغییر رفتار و باورهای سلامتی برای تغییر رفتار در افراد و پیشبینی رفتارها کاربرد دارند.

مدل باور سلامتی (اعتقاد بهداشتی) (Health Belief Model)

مدل های ارتقاء سلامت

- تعریف } - کیفیت: از بین بردن شکاف بین آنچه سلامتی مطلوب تلقی می‌شود و آنچه واقعاً وجود دارد.
- سیموند: تغییر رفتارها، که به سلامتی منجر شوند.

آموزش سلامت زیرمجموعه ارتقاء سلامت است. هدف از آموزش سلامت بالا بردن آگاهی‌ها برای تغییر رفتار افراد و جوامع در راستای جامعه‌ای سالم است.

- ارتباط مؤثر در آموزش سلامت ← پیام سلامت باید } - درست - متناسب - پایا (غیرقابل انکار در طول زمان)
- در دسترس - به موقع - مبتنی بر شواهد

- مراحل برنامه‌ریزی آموزشی } - ۱- بررسی وضعیت موجود
- ۲- تعیین اهداف آموزشی
- ۳- تعیین روش‌های آموزشی
- ۴- اجرا ← تعیین مجری، تخمین نیروی انسانی و بودجه، تعیین مکان و زمان اجرا
- ۵- ارزشیابی

- فرآیند دوطرفه و تعاملی } - مشاوره
- اصول و قواعد مشاوره } - صداقت، احترام، همدلی، توجه به نیازهای مراجع
- تهیه برنامه و تعیین هدف
- دانش و مهارت کافی در روانشناسی و مشاوره
- قضاوت نکردن و نداشتن پیش فرضی، رازداری
- ارائه اطلاعات به زبان مراجع
- داشتن مهارت‌های کلامی و غیرکلامی (تماس چشمی و ...)

- روش‌های آموزش } - رایج‌ترین روش آموزش
- انتقال دادن مفاهیم پایه به مخاطب
- انتقال مطالب به تعداد زیاد افراد
- معایب: غیرفعال بودن مخاطبان، نامناسب برای کسب مهارت، خسته‌کننده، نیازمند مهارت کلامی کافی

- ایفای نقش
- بحث گروهی
- بارش افکار
- آموزش غیرمستقیم ← با وسایل ارتباط جمعی (تلویزیون، مجله، پمفلت و ...)
- آموزش از طریق شبکه‌های اجتماعی

سوالات برگزیده آموزش و ارتقای سلامت

۱- بررسی‌ها در مناطق شهری کشور نشان می‌دهند عامل مهمی که وضعیت فعالیت فیزیکی را در جوانان تحت تأثیر قرار می‌دهد عدم انجام فعالیت مناسب فیزیکی در دوستان این افراد است. براساس الگوی پریسید - پروسید، این عامل جزء کدام دسته (علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۳۹۰) عوامل زیر قرار می‌گیرد؟

الف) زمینه‌ساز (ب) تقویت کننده (ج) قادر کننده (د) مستعد کننده

پاسخ: عوامل زمینه‌ساز: انگیزه یا دلیل اساسی را برای رفتار فراهم می‌کنند ← معلومات، نگرش‌ها، دانش عوامل تقویت کننده ← حمایت اطرافیان، والدین، دوستان، همسالان، معلمان و ارائه دهندگان خدمات سلامت عوامل توانمندساز ← دسترسی به خدمات، وجود منابع و قوانین و مقررات برای انجام یک رفتار. مثلاً افزایش مالیات سیگار.

پاسخ: (ب)

۲- کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد تعریف ارتقای سلامت صحیح است؟ (علوم پایه پزشکی - آبان ۱۳۹۰)

الف) ارتقای سلامت عبارت است از فعالیت‌هایی که به منظور افزایش آگاهی و دانش مردم در موضوعات مرتبط با سلامت صورت می‌گیرد.

ب) منظور از ارتقای سلامت، مجموعه تغییراتی است که در محیط اقتصادی و اجتماعی به منظور ایجاد بستر مناسب برای تغییر رفتار بهداشتی ایجاد می‌شود.

ج) ارتقای سلامت، مجموعه اقدامات آموزشی و حمایت‌های محیطی است که به منظور تغییر رفتارهای سلامت صورت می‌گیرد.

د) مجموعه اقداماتی است که تلاش می‌کند فاصله میان نگرش و آگاهی را پر کند.

پاسخ: ارتقای سلامت فرآیندی است که مردم را قادر می‌سازد که بر سلامتی خود کنترل داشته باشند و آن را بهبود بخشند. ارتقای سلامت شامل عملکرد سازمان‌های مختلف است و مجموعه‌ای از فرایندهاست که نه تنها در پی تقویت مهارت‌های افراد است، بلکه به دنبال تغییر شرایط اجتماعی، محیطی و ... تأثیرگذار بر سلامت است.

پاسخ: (ج)

۳- در یک جامعه متخصصان برای ارتقای برنامه ترک سیگار قصد دارند از تئوری مراحل تغییر استفاده کنند. در فرآیند برنامه‌ریزی و گروه‌بندی افراد، تعدادی از افراد به وجود عوارض مصرف سیگار پی‌برده و ترک سیگار را در نظر گرفته‌اند و آماده برنامه‌ریزی برای ترک سیگار هستند، این افراد در کدام گروه قرار می‌گیرند؟ (علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۳۹۰)

الف) پیش قصد (ب) قصد (ج) تدارک (آمادگی) (د) عمل

پاسخ: آمادگی: فرد آماده تغییر است و تا یک ماه آینده می‌تواند اقدام کند. مراجعه به صفحه ۳۳، مدل مراحل تغییر.

پاسخ: (ج)

۴- براساس الگوی مراحل تغییر (Prochaska et al, 1979)، اگر فردی در فرآیند تغییر رفتار، به وجود مشکل پی برده باشد و تغییر رفتار را در نظر گرفته باشد ولی هنوز آماده تعهد برای انجام آن نباشد در کدام مرحله قرار دارد؟ (علوم پایه پزشکی - اسفند ۱۳۹۹)

الف) پیش قصد (ب) تدارک (ج) قصد (د) حفظ

پاسخ: قصد: فرد قصد دارد طی یک مدت زمان مشخص رفتار مورد نظر را تغییر دهد.

پاسخ: (ج)

۵- مهم‌ترین مفهوم ارتقای سلامت (Health Promotion) کدام گزینه زیر است؟ (علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۳۹۹)

الف) توانمندسازی مردم در تصمیم‌گیری برای سلامت خود

ب) ارتقای آگاهی بهداشتی مردم به منظور تغییر رفتار

- (ج) تغییر فرهنگ بهداشتی مردم جهت توسعه اقتصادی و اجتماعی
(د) ایجاد هماهنگی‌های درون بخشی برای توسعه سلامت جامعه

پاسخ: ب)

- ۶- عبارت زیر بیانگر برداشت فرد از کدام بخش از الگوی باور بهداشت است؟
(پزشکی علوم پایه نوین - شهریور ۱۳۹۸)

«اگر سیگار بکشم ممکن است من هم مثل سایرین به سرطان ریه مبتلا شوم»

الف) محرک محیطی

ب) میزان شدت بیماری

ج) میزان آسیب‌پذیری نسبت به بیماری

د) میزان منافع ترک اقدام غیر بهداشتی

پاسخ: در مدل «باور سلامتی»، یکی از باورهایی که یک رفتار سلامتی را باعث می‌شود، آسیب‌پذیری شخص نسبت به عامل خطر یا بیماری است. مراجعه به صفحه ۲۴، مدل «باور سلامتی».

پاسخ: ج)

- ۷- «سلامت به عنوان منبع زندگی روزمره نه هدف زندگی» در کدام کنفرانس مطرح شد؟
(الف) آلمان ۱۹۷۸ (ب) اتاوا ۱۹۸۶ (ج) نایروبی ۲۰۰۹ (د) هلسینکی ۲۰۱۳)
(تالیفی)

پاسخ: ب)

- ۸- کدام یک جزء ابعاد ارتقای سلامت نیست؟
(الف) حکمرانی خوب (ب) سواد سلامت (ج) شهرهای سالم (د) عدالت اجتماعی)
(تالیفی)

پاسخ: ارجاع به صفحه ۳۰، قسمت ابعاد ارتقای سلامت

پاسخ: د)

- ۹- کدام جمله درباره رویکردهای ارتقاء سلامت نادرست است؟
(الف) در رویکرد تغییر رفتار، در ابتدا سنجش موفقیت آسان است.
(ب) در رویکرد آموزشی برخلاف رویکرد تغییر رفتار، فرد مجبور به انجام رفتار خاصی نمی‌شود.
(ج) در رویکرد آموزشی، داشتن آگاهی برای انتخاب درست کافی است.
(د) رویکرد توانمندسازی مراجع محور، می‌تواند در سطح فردی یا جامعه انجام شود.
پاسخ: از معایب رویکرد آموزشی این است که فرد علیرغم داشتن آگاهی ممکن است درست انتخاب نکند ← تغییر نگرش نیز مهم است. مراجعه به صفحه ۳۱، رویکردهای ارتقای سلامت.

پاسخ: ج)

- ۱۰- کدام مدل از مدل‌های ارتقای سلامت برای برنامه‌ریزی و ارزشیابی برنامه سلامت و طراحی برنامه آموزشی جامعه مناسب است؟
(تالیفی)

الف) مدل پرسید - پرسید (ب) مدل مراحل تغییر (ج) مدل باور سلامتی (د) گزینه ب و ج

پاسخ: مدل پرسید - پرسید برای برنامه‌ریزی و ارزشیابی برنامه سلامت و طراحی برنامه آموزشی جامعه مناسب است. مدل‌های تغییر رفتار و باورهای سلامتی برای تغییر رفتار در افراد و پیشبینی رفتارها کاربرد دارند.

پاسخ: الف)

- ۱۱- کدام جمله زیر نادرست است؟
(الف) ضروری‌ترین قسمت مدل پرسید - پرسید مرحله اجرا است.
(تالیفی)



ب) رسانه‌ها نوعی Cue to action (اشاره برای عمل) هستند.

ج) در مدل پرسید - پروسید ارزشیابی اثر متمرکز روی اثرات فوری است و ارزیابی پیامد تأثیر برنامه در دراز مدت بر زندگی را بررسی می‌کنند.

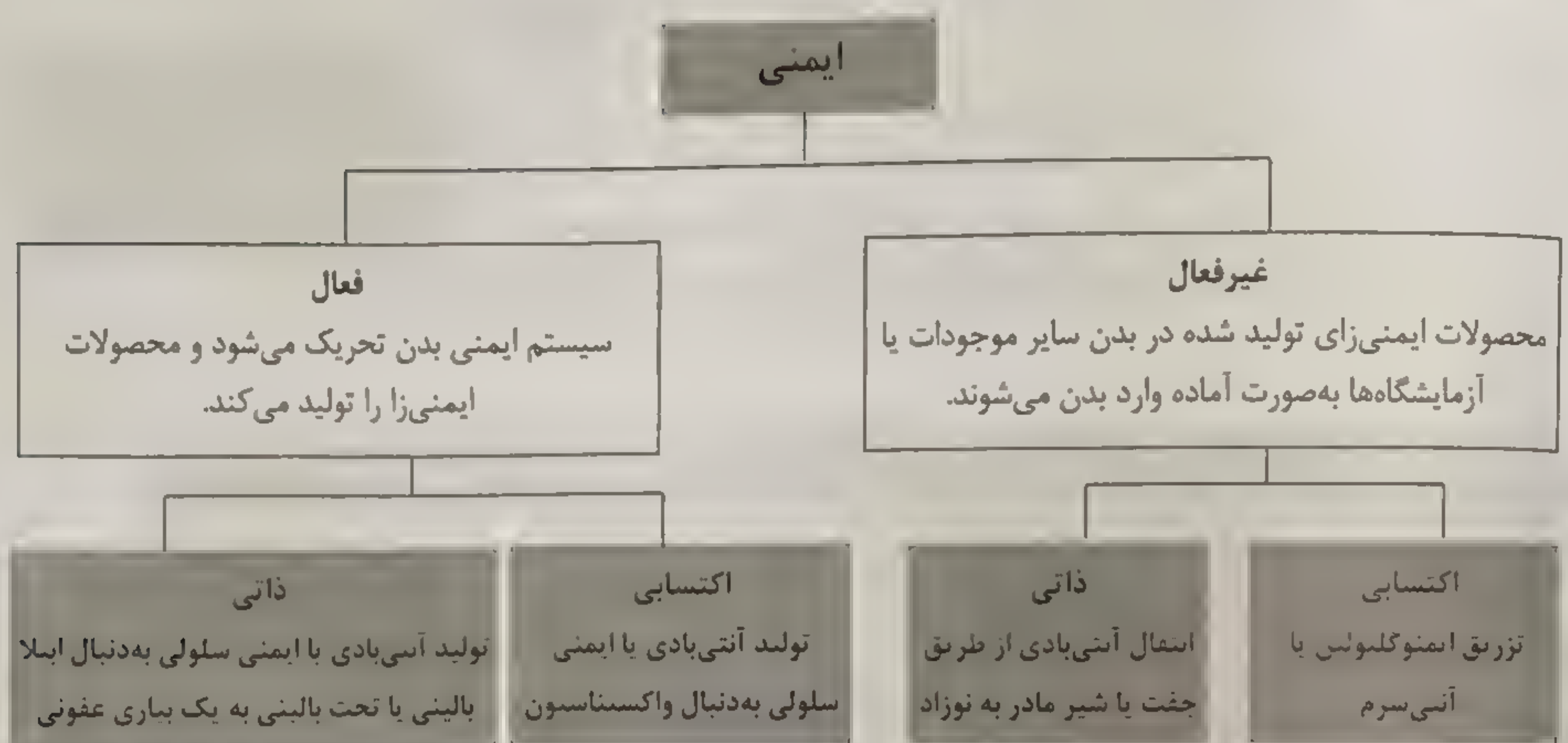
د) آموزش سلامت زیر مجموعه ارتقای سلامت است.

پاسخ: ضروری‌ترین قسمت مدل پرسید - پروسید، مرحله ارزیابی آموزشی و اکولوژیک (مرحله چهارم) است.

پاسخ: الف)

فصل ۸: اصول و کلیات ایمنی سازی

- **مصونیت:** توانایی بدن انسان در افتراق اجزای خودی از اجزای مهاجم خارجی

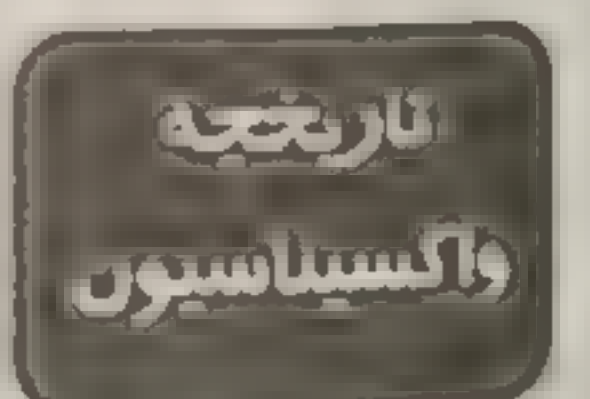


شکل ۸-۱. انواع ایمنی

- **ایمنی سازی:** هر گونه اقدامی که به منظور جلوگیری از بروز عفونت و یا تخفیف شکل طبیعی بیماری در فردی با تجویز آنتی بادی یا آنتی ژن به عمل آید.

* واکسیناسیون ← پس از تأمین آب آشامیدنی سالم، واکسیناسیون بیشترین تأثیر را در کاهش مرگ و میر به ویژه در کودکان و افزایش امید به زندگی داشته.

- چینی ها (سال ۱۰۰۰ م) ← فلج آبله
- ادوارد جنر (۱۷۹۶ م) ← واکسن آبله گاوی
- لویی پاستور (۱۸۸۵ م) ← واکسن هاری
- برنامه گسترش ایمن سازی در جهان (۱۹۷۴ م، برنامه کشوری واکسیناسیون در ایران از سال ۱۳۶۳ شروع شده است) ← حدوداً ۱۱ سال بعد از ابلاغ سازمان جهانی بهداشت) ← با هدف ایجاد مصونیت در کودکان زیر یک سال در برابر بیماری های (۱) دیفتری، (۲) کزاز، (۳) سیاه سرفه، (۴) سرخک، (۵) فلج اطفال، (۶) سل
- آبله در ۱۹۷۸ ریشه کن شد. فلج اطفال بیش از ۹۹/۹٪ در دنیا کاهش یافته



**نقاط تمایز برنامه ایمن سازی
از سایر برنامه های حفظ و
ارتقاء سلامت**

- ابزاری اثبات شده برای کنترل و حذف بیماری های عفونی ← کاهش مرگ و ...
- علی رغم تأثیرات زیاد، هزینه زیادی ندارد ← هزینه اثربخش
- گروه هدف بزرگ و تعریف شده ای دارد.
- نیاز به ایجاد تغییرات زیاد در شیوه زندگی افراد ندارد.
- تأثیر آن بر شاخص های مطرح سلامت غیر قابل انکار است.

**بومی سازی برنامه جهانی
ایمن سازی برای هر کشور**

- اپیدمیولوژی بیماری ها، ساختار ژنتیکی افراد و سطح ایمنی هر کشورها
- اولویت های سلامت و منابع مالی موجود کشورها و همچنین فرسودگی آنها متفاوت است.

- دلیل

- در کشورهای مختلف نوع واکسن های مشمول برنامه، سن مناسب تجویز و مقدار تعداد نوبت تجویز توصیه شده و انواع واکسن های توصیه شده برای جمعیت های متفاوتی دارند.

جدول ۸-۱. واکسن های برنامه گسترش ایمنی سازی کسوری

علامت اختص	نام انگلیسی واکسن	نام واکسن	بیماری
BCG	Bacille Calmette-Guerin	ب ب ژ	سل (توبرکولوزیس)
DT	Diphtheria, Tetanus	دوگانه حردسالان	دیفتری - کزاز
Td	Tetanus, Reduced diphtheria	دوگانه بزرگسالان	
TT	Tetanus Toxoid	توکسینید کزاز	کزاز
OPV	Trivalent Oral Polio Vaccine	سه ظرفیتی	فلج اطفال
OPV	Bivalent Oral Polio Vaccine	دو ظرفیتی	
IPV	Inactivated Polio Vaccine	فلج اطفال ترریفی	
MMR	Measles, Mumps, Rubella	سرحک - سرخچه - اوریون	سرحک - سرخچه - اوریون
HepB	Hepatitis B	هپاتیت ب	هپاتیت ب
DTP	Diphtheria, Tetanus, Whole cell Pertussis	سه گانه (نلات)	دیفتری - کزاز - سیاه سرفه
Pentavalent DTP + Hib + HepB)	Diphtheria, Tetanus Pertussis (DTP) + Hepatitis B + Haemophilus Influenzae type b	پنج گانه	دیفتری - کزاز - سیاه سرفه - هپاتیت ب - هموفیلوس
Hib	Haemophilus Influenzae type b	هموفیلوس انفلوآنزای تیپ ب	انفلوآنزای تیپ ب
		هموفیلوس انفلوآنزای تیپ ب	هموفیلوس انفلوآنزای تیپ ب

برنامه کشوری واکسیناسیون در ایران

جدول ۲-۸. برنامه واکسیناسیون کودکان از سال ۱۳۹۴	
سن	نام واکسن‌ها
بدو تولد	سل (ب.ث.ز) قطره خوراکی فلج اطفال، هپاتیت ب
۲ ماهگی	قطره خوراکی فلج اطفال، پنج‌گانه
۴ ماهگی	قطره خوراکی فلج اطفال، فلج اطفال ترریقی، پنج‌گانه
۶ ماهگی	قطره خوراکی فلج اطفال، پنج‌گانه
۱۲ ماهگی	MMR
۱۸ ماهگی	MMR، قطره خوراکی فلج اطفال، سه‌گانه
۶ سالگی	قطره خوراکی فلج اطفال، سه‌گانه
هر ۱۰ سال	دوگانه بزرگسالان

- گروه‌های خاص ← مانند: نوزادان تب‌دار، مبتلا به زردی، نارس، دارای نقص ایمنی، دارای ضایعات مغزی، متولد شده از مادران HBsAg مثبت یا HIV مثبت و ... ← واکسن‌های دیگری هم برای برخی از این افراد توصیه شده.

جدول ۲-۸. واکسن‌های گروه‌های خاص			
بیماری	نام واکسن	نام انگلیسی واکسن	علامت اختصاری
اسهال روتاویروسی	روتاویروس	Rotavirus Vaccine	RV
عمیق‌های بوموکوکی	بوموکوک پلی ساکاریدی ۲۳ ظرفیتی	Pneumococcal Polysaccharide Vaccine 23-Valent	PPSV23
	بوموکوک کزوگه ۱۳ ظرفیتی	Pneumococcal Conjugate Vaccine 13-Valent	PCV13
ابله مرغان	ابله مرغان	Varicella	VAR
آنفلوآنزا	آنفلوآنزا	Inactivated Influenza Vaccine	IIV
منزیت	منگوکوک کزوگه	Meningococcal ACW-135 Conjugate Vaccine	MCV4
	منگوکوک پلی ساکاریدی چهارطرفی	Meningococcal ACYW-135 Conjugate Vaccine	MPSV4
	منگوکوک پلی ساکاریدی دوطرفی	Polysaccharide Meningococcal A + C vaccine	MPSV2
هاری	هاری	Rabies Vaccine	Rabies
تب زرد	تب زرد	Yellow fever Vaccine	YF

- اگر واکسن در زمان مقرر به نوزاد تزریق نشد ← برنامه جدیدی برای وی تنظیم شود.



زنده ضعیف شده

- بجز انواع خوراکی، معمولاً ایمنی با یک دوز از این واکسن‌ها تا حد قابل قبولی ایجاد می‌شود.
- احتمال بروز واکنش‌های شدید ناخواسته در انواع تزریقی آن وجود دارد.
- در برابر نور و گرما حساسند ← در طبقه فوقانی یخچال و دمای $2-8^{\circ}\text{C}$ نگهداری شود.
- خود دو دسته باکتریایی (ب.ث.ز (علیه سل)، تیفوئید خوراکی) و ویروسی (سرخک، سرخچه، اوریچ).
- مرغان و زونا، تب زرد، روتا ویروس، فلج اطفال خوراکی، آنفلوآنزای داخل بینی) دارند.

- نمی‌توانند تکثیر شوند.

- کمتر از واکسن‌های زنده تحت تأثیر تخریب آنتی‌بادی‌ها قرار می‌گیرند.
- همیشه به چند دوز از آنها نیاز است.
- اکثراً پاسخ ایمنی ایجاد شده توسط آنها همورال است.
- به دوز یادآور نیاز دارند.

- ویروسی: پولیو (فلج اطفال)، هپاتیت A، هاری، آنفلوآنزا
- باکتریایی: سیاه سرفه، حصه، وبا، طاعون

- حاوی سلول کامل

غیر فعال

- برپایه پروتئین: هپاتیت B، آنفلوآنزا، سیاه سرفه فاقد سلول، سیاه زخم، ویروس پاپیلوما
- پلی‌ساکارید خالص: پنوموکوک، مننگوکوک، سالمونلا تیفی
- واکسن‌ها در کودکان با سن کمتر از ۲ سال ایمنی دائم ایجاد نمی‌کند
- به یادآور پاسخ نمی‌دهند و آنتی‌بادی کارایی تولید نمی‌کنند
- پلی‌ساکارید کونژوگه: هموفیلوس آنفلوآنزای نوع B، منوموک
- مننگوکوک

انواع

حاوی اجزاء ارگانیک

- برپایه پلی‌ساکارید

- واکسن‌های نو ترکیب: هپاتیت B، پاپلوما ویروس انسانی، آنفلوآنزا، سالمونلا تیفی

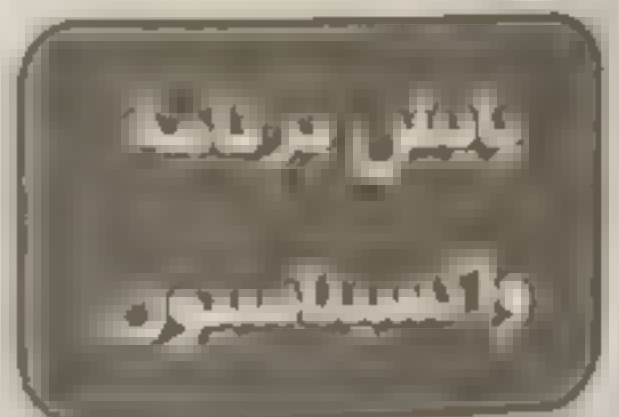
جدول ۳ ۸. انواع واکسن‌های زنده و راه تجویز و مقدار تجویز آنها

نام واکسن	ماهیت واکسن	راه تجویز	مقدار تجویز
ب.ث.ز	باسل رنده ضعیف شده کلمت گرس	داخل جلدی	۰.۰۵ میلی
فلج اطفال خوراکی	ویروس رنده ضعیف شده	خوراکی	۲ قطره
تب زرد	ویروس رنده ضعیف شده	ریز جلدی	۰.۱۵ میلی
MMR	ویروس رنده ضعیف شده سرخک، اوریچ و سرخچه	ریز جلدی	۰.۰۵ میلی
آبله مرغان	ویروس رنده ضعیف شده	ریز جلدی یا عضلانی	۰.۵ میلی

جدول ۴-۸. انواع واکسن‌های غیرفعال و راه تجویز و مقدار تجویز آنها				
نام واکسن	ماهیت واکسن	راه تجویز	مقدار تجویز	
سج گانه (بنناوالان)	توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتیری، باکتری کشته شده سیاه سرفه، آنتی ژن سطحی ویروس هپاتیت ب، کنزوگه با پلی ساکارید کپسول هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب	عضلانی	۰.۵ میلی متر	
سه گانه	توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتیری، باکتری کشته شده سیاه سرفه	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر	
دو گانه	توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتیری	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر	
هموفیلوس آنفلوانزای تب ب	پروئین کنزوگه با پلی ساکارید کسول باکتری	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر	
توکسوئید کزاز	توکسوئید کزاز	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر	
فلج اطفال تزریقی	ویروس غیرفعال	در حلدی یا عضلانی (ترجیحاً عضلانی)	۰.۵ میلی لیتر	
هست ب	آنتی ژن سطحی ویروس	عضلانی	۱۰ سال و کمتر، ۰/۵ میلی لیتر بالای ۱۰ سال، ۱ میلی لیتر (در بزرگسالان دبالیزی و بزرگسالان مبتلا به نقایص سیستم ایمنی با دوز ۲ برابر تزریق شود)	
آنفلوانزا	پروتئین‌های سطحی ویروس	عضلانی	۶ تا ۳۵ ماه ۰/۲۵ میلی لیتر ۳۶ ماه و بالاتر، ۰/۵ میلی لیتر	
سومو کوک	کروگه	عضلانی	۰.۵ میلی متر	
	پلی ساکاریدی	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر	
	کروگه	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر	
	پلی ساکاریدی	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر	
مسکو کوک	پروتئین کنزوگه با پلی ساکارید کپسول باکتری	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر	
	پلی ساکاریدی	در حلدی	۰.۵ میلی لیتر	
هاری	ویروس غیرفعال	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر	

- سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان سازمان ملل متحد، «شاخص پوشش واکسیناسیون» را سالانه برای کشورها محاسبه و اعلام می‌کنند.

- محاسبه «شاخص پوشش واکسیناسیون» در یک سال: تعداد کودکان زیر یک سال که (۱) سه نوبت واکسیناسیون با واکسن سه گانه، (۲) یک نوبت واکسن ب.ث.ژ، (۳) یک نوبت واکسن سرخک و (۴) سه نوبت قطره فلج اطفال خوراکی گرفته‌اند، تقسیم بر کل جمعیت کودکان یک ساله هر کشور ← این شاخص در ایران = ۹۹٪



- عوارض جانبی واکسن‌ها ← طیف عوارض از التهاب موضعی محل تزریق، تب و بی‌حالی، تا شوک آنافیلاکسی و مرگ

سؤالات برگزیده اصول و کلیات ایمنی‌سازی

۱- براساس شاخص‌های پایش و ارزشیابی بهداشت برای همه، واکسیناسیون علیه کدام یک از بیماری‌های زیر در برنامه ایمنی‌سازی کودکان مورد بررسی قرار نمی‌گیرد؟

(علوم پایه پزشکی - شهر)

الف) دیفتري (ب) هپاتیت B (ج) سرخک (د) سیاه سرفه

پاسخ: برنامه گسترش ایمنی‌سازی در ایران از سال ۱۳۶۳ و با هدف ایجاد مصونیت در کودکان زیر یک سال در برابر بیماری‌های دیفتري، (۲) کزاز، (۳) سیاه سرفه، (۴) سرخک، (۵) فلج اطفال و (۶) سل شروع شد.

پاسخ: (ب)

۲- کدام جمله زیر نادرست است؟

(تأیید)

الف) مصونیت عبارت است از توانایی بدن انسان در افتراق اجزای خودی از اجزای مهاجم خارجی.

ب) واکسیناسیون بیشترین تأثیر را در کاهش مرگ و میر، به ویژه کودکان داشته.

ج) برنامه واکسیناسیون ایران حدود ۱۱ سال بعد از ابلاغ سازمان جهانی بهداشت شروع شد.

د) در کشورهای مختلف، نوع واکسن‌های مشمول برنامه‌های واکسیناسیون متفاوت است.

پاسخ: پس از تأمین آب آشامیدنی واکسیناسیون بیشترین تأثیر را در کاهش مرگ و میر، به ویژه کودکان و افزایش امید به زندگی داشته (گزینه ب).

پاسخ: (ب)

۳- کدام یک از گزینه‌های زیر ایمنی غیرفعال ذاتی می‌باشد؟

(تأیید)

الف) واکسن (ب) ایمنوگلوبولین

ج) ایمنی ناشی از شیر مادر و جفت (د) سلول‌های خاطره

پاسخ: مراجعه به صفحه ۳۹، شکل ۸-۱

پاسخ: (ج)

۴- کدام یک از واکسن‌های زیر جزء واکسن‌های برنامه گسترش ایمنی‌سازی کشوری ایران نیست؟

(تأیید)

الف) هپاتیت ب (ب) هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب

ج) تب زرد (د) توکسئید کزاز

پاسخ: واکسن تب زرد (YF) جزء واکسن‌های گروه‌های خاص می‌باشد. مراجعه به صفحه ۴۰، جدول ۸-۱

پاسخ: (ج)

۵- طبق برنامه واکسیناسیون کودکان در ایران، در بدو تولد کدام یک از واکسن‌های زیر تجویز نمی‌شود؟

(تأیید)

الف) ب.ث.ژ (ب) هپاتیت ب (ج) قطره خوراکی فلج اطفال (د) MMR

پاسخ: مراجعه به صفحه ۴۱، جدول ۸-۲

پاسخ: (د)

۶- کدام جمله درباره واکسن‌های زنده ضعیف شده صحیح نمی‌باشد؟

(تأیید)

الف) احتمال بروز واکنش‌های شدید ناخواسته در انواع تزریقی آن وجود دارد.

ب) در برابر نور و گرما حساسند.

(ج) همیشه به چند دوز از آنها نیاز است.

(د) واکسن تیفوئید خوراکی، واکسن زنده ضعیف شده باکتریایی است.

پاسخ: در واکسن‌های زنده ضعیف شده، بجز انواع خوراکی، معمولاً ایمنی با یک دوز از این واکسن‌ها تا حد قابل قبولی ایجاد می‌شود. در واکسن‌های غیرفعال، تیتراژ آنتی‌بادی تولید شده در نتیجه استفاده از آنها به مرور زمان کاهش می‌یابد؛ بنابراین به دوزهای مکمل و یادآور نیاز دارند.

پاسخ: (ج)

۷- کدام جمله درباره واکسن سالمونلا تیفی درست نیست؟

(تأییدی)

(الف) نوعی واکسن غیرفعال است.

(ب) حاوی اجزای ارگانیسم است.

(ج) در کودکان زیر ۲ سال ایمنی دائم ایجاد نمی‌کند.

(د) بر پایه پروتیین است.

پاسخ: واکسن‌های پنوموکوک، مننگوکوک و سالمونلا تیفی، واکسن‌های غیرفعال حاوی اجزای ارگانیسم بر پایه پلی‌ساکارید خالص هستند. این واکسن‌ها در کودکان با سن کمتر از ۲ سال ایمنی دائم ایجاد نمی‌کنند، به یادآور پاسخ نمی‌دهند و آنتی‌بادی کارایی تولید نمی‌کنند. البته واکسن‌های پنوموکوک و مننگوکوک نوع پلی‌ساکاریدی کونژوگه هم دارند.

پاسخ: (د)

۸- کدام واکسن زیر یک واکسن غیرفعال نیست؟

(تأییدی)

(الف) تب زرد

(ب) هاری

(ج) فلج اطفال تزریقی

(د) هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب

پاسخ: مراجعه به صفحه ۴۲، جدول ۳-۸

پاسخ: (الف)

۹- در مورد «شاخص پوشش واکسیناسیون»، کدام یک از موارد زیر درست است؟

(تأییدی)

(الف) تنها توسط سازمان جهانی بهداشت برای کشورها محاسبه می‌شود.

(ب) این شاخص در ایران ۸۶٪ است.

(ج) این شاخص برای کودکان زیر ۱۸ ماه محاسبه می‌شود.

(د) صورت این شاخص کودکانی‌اند که سه نوبت واکسیناسیون با واکسن سه گانه، یک نوبت واکسن ب.ث.ژ، یک نوبت واکسن سرخک و سه نوبت قطره فلج اطفال خوراکی گرفته‌اند.

پاسخ: «شاخص پوشش واکسیناسیون» سالانه توسط سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان سازمان ملل برای کشورها محاسبه می‌شود. صورت این شاخص کودکان زیر یکسال‌اند که سه نوبت واکسیناسیون با واکسن سه گانه، یک نوبت واکسن ب.ث.ژ، یک نوبت واکسن سرخک و سه نوبت قطره فلج اطفال خوراکی گرفته‌اند و مخارج آن کل جمعیت کودکان یک ساله هر کشور است. این شاخص ۸۶٪ در دنیا و ۹۹٪ در ایران برآورد شده.

پاسخ: (د)

فصل ۹: سلامت و ایمنی محیط کار

- حفظ و ارتقاء سلامت کارکنان با کنترل عوامل شغلی که سلامت و ایمنی را به مخاطره می‌اندازند
- توسعه و ارتقاء محیط کار سالم و ایمن
- بهبود توان کار و توسعه حرفه‌ای و اجتماعی
- توانمند کردن کارکنان برای داشتن یک زندگی مولد از نظر اجتماعی و اقتصادی

- اهداف

- بار این بیماری‌ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط بیشتر است زیرا مقررات سلامت شغلی به خوبی اجرا نمی‌شود.

- اولین بار در کدهای حمورابی (۲۵۰۰ پیش از میلاد)

- اولین کتاب مربوط به بیماری‌های شغلی: «بیماری‌های کارگران» ← برناردو رامازینی (پدر سلامت شغلی)
در کتاب خود توصیه کرد که شغل بیمار هم در شرح حال گرفتن پرسیده شود.

- تاریخچه

- مخاطرات سلامت عواملی هستند که اثرات نامطلوبی بر سلامت می‌گذرانند.

- خطر احتمال ایجاد بیماری و اختلال در مواجهه با مخاطرات سلامت است.

۱- شناسایی مخاطره

۲- تعیین مختصات مخاطره

۳- ارزیابی مواجهه

۴- تخمین خطر

۵- اقدامات کنترلی

- مراحل ارزیابی مخاطرات سلامت

- در اولویت‌بندی ارتقاء سلامت شغلی، باید احتمال ایجاد پیامدهای بالقوه در اثر مواجهه با مخاطرات سلامت و شدت این پیامدها را با هم در نظر گرفت ← برای مثال: احتمال ابتلا به HIV در اثر فرو رفتن سوزن آلوده به دست کم است ولی در صورت ابتلا، شدت این بیماری بالاست. بنابراین پیشگیری از ابتلا به HIV به عنوان یک بیماری شغلی در پرسنل پزشکی اهمیت قابل توجهی پیدا می‌کند.

احتمال خطر	شدت پیامد در صورت وقوع			
	خفیف (Slight)	شدید (Serious)	خانمان برانداز (کشنده) (Catastrophic)	جزئی (Minimal)
محتمل (Probable)	متوسط	بالا	بالا	متوسط
ممکن (Possible)	متوسط	بالا	بالا	کم
غیرمحتمل (Unlikely)	کم	متوسط	متوسط	کم
قابل اعماس (Negligible)	کم	کم	متوسط	کم

شکل ۹-۱. ماتریکس دو بُعدی ارزیابی خطر

- عده‌ای بر این باورند که بُعد سوم یعنی فراوانی مواجهه نیز باید به ارزیابی خطر اضافه شود.

مقایسه مخاطره (Hazard) و خطر (Risk)

محیط کار سالم

- سلامت، امنیت و رفاه پرسنل فقط شامل توجه به نیازها

محیط فیزیکی کار

- شامل تجهیزات، محصولات، کارکنان

- مقدمات محیط فیزیکی کار شامل: بیشترین قابلیت ایجاد آسیب و مرگ

محیط روانی اجتماعی

- شامل فرهنگ سازمانی، نگرش

- مخاطرات روانی اجتماعی

مناطق سلامت فردی

← شامل: خدمات

مستاد کتاب اجتماعی در سطح سازمان

- فعالیت‌های مشوق - منابعی را در اختیار هر سه‌های درم

بیماری‌های واگیر شغلی

- عفون - عفون - ابتلا - IDS

محیط کار سالم

- سلامت، امنیت و رفاه پرسنل فقط شور ← با توجه به نیازها

- دغدغه‌های سلامت و ایمنی در محیط فیزیکی کار
- دغدغه‌های سلامت و ایمنی در محیط روانی اجتماعی
- دسترسی به منابع سلامت فردی
- مشارکت اجتماعی در سطح سازمان

محیط فیزیکی کار

- شامل تجهیزات، محصولات، کار، مکان و ... ← تأثیرگذار بر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و ذهنی کارکنان

- فیزیکی: حرارت، صدا، نور، تشعشعات، فشار، ارتعاش
- شیمیایی: حلال‌ها، حشره‌کش، پنبه نسوز، دود سیگار
- زیستی: میکروارگانیسم‌ها، عدم دسترسی به آب سالم و سرویس بهداشتی مناسب
- ارگونومی: مانند فعالیت‌های تکراری یا بیارمید نیروی زیاد، وضعیت نامناسب کار
- مکانیکی: مانند کار کردن با لولاها یا اهرم
- انرژی: برق گرفتگی، سقوط از ارتفاع
- حرکت: رانندگی در شرایط سخت یا با وسیله نقلیه غیرایمن

- مخاطرات محیط فیزیکی کار ← شامل
بیشترین قابلیت ایجاد آسیب و مرگ

محیط روانی اجتماعی

- شامل فرهنگ سازمانی، نگرش‌ها، ارزش‌ها و باورها ← تأثیرگذار بر سلامت جسمی و روانی کارکنان

- انتظارات زیاد از افراد
- عدم شفافیت مسئولیت‌ها
- انگشت‌نما شدن به خاطر بیماری
- خشونت و تهدید
- عدم امنیت شغلی
- تحت فشار بودن
- تداخل بین وظایف افراد
- عدم حمایت از رفتارهای سالم
- عدم حمایت از طرف بالادستی‌ها
- تبعیض جنسیتی یا قومیتی

- مخاطرات روانی اجتماعی

منابع سلامت فردی

← شامل: خدمات سلامت، اطلاعات، منابع، فرصت‌ها و محیط حمایتگری برای سالم زیستن

مشارکت اجتماعی در سطح سازمان

- فعالیت‌های مشوق سلامت
- منابعی را در اختیار کارکنان می‌گذارد که سلامت آنها حفظ شود یا ارتقاء یابد ← مثلاً پوشش درصدی از هزینه‌های درمانی

بیماری‌های واگیر شغلی

- عفونت‌های تنفسی ← مانند ابتلا به سل در پرسنل درمانی
- عفونت‌های رودهای ← در کشاورزان به دلیل استفاده از فاضلاب‌های خانگی به جای کود
- ابتلا به مالاریا ← سفر به مناطق با شیوع بالا از مناطق با شیوع کم
- HIV/AIDS ← Needle-stick شدن

• سرطان‌ها

- سرطان ریه، نای و برونش (۶۳٪) بار بیماری مزوتلیوما شغلی و در اثر مواجهه با آزبست است.
- سرطان حنجره (در معدن کاران، آهنگران، کارگران ساختمانی، کارگران لاستیک سازی)
- سرطان خون (لاستیک سازی، کار با بنزین، آفت کش‌ها و علف کش‌ها)
- سرطان نازوفارنکس (مواجهه با گرد و غبار چوب بری)
- سرطان مثانه (نقاشی، نساجی، آرایشگری، صنایع پرینت و چاپ، پلاستیک سازی، لاستیک سازی)
- مواجهه با اگزوز دیزل)
- ملانوما (مواجهه با اشعه UV هنگام کار زیر نور خورشید، مواجهه با دوده، آرسنیک)
- سرطان معده (لاستیک سازی)

- بیماری‌های مزمن انسدادی ریه (COPD) ← در کارگران معادن سنگ و ذغال سنگ، کشاورزان، کارگران ساختمانی، جوشکاری، صنایع لاستیک و پلاستیک، نساجی، حمل و نقل با ماشین‌های سنگین
- آسم ← در مواجهه با دود سیگار، مواد شوینده، گندزداها، آئیزیم‌ها، قهوه، آرد، آلرژن‌ها، گرد و غبار چوب و فلزات.
- پنوموکونیوز ← در مواجهه با گرد و غبار، سیلیس، آزبست
- درگیری‌های عضلانی اسکلتی ← کمر درد، آرتريت روماتوئید، استئوآرتريت، گردن درد
- آسیب‌ها ← آسیب‌های جاده‌ای، سقوط، سوختگی، غرق شدگی، مسمومیت، نیروهای مکانیکی
- اختلالات روانی عصبی و رفتاری ← افسردگی، مصرف مواد و الکل
- کاهش شنوایی ← به دلیل سر و صدای زیاد و برخی مواد سمی شیمیایی

بار بیماری‌های شغلی

- بیشترین بار این بیماری‌ها در اثر ← آسیب، کمر درد و گردن درد، سرطان‌ها، COPD، افسردگی، مصرف الکل و مواد، افت شنوایی، HIV
- در مردان بیش از زنان ← دلیل اصلی آن حضور بیشتر مردان در عرصه‌های شغلی است.
- زنان بیشتر احتمال دارد در شرایط نامطلوب شغلی قرار بگیرند.

مقایسه بیماری‌های شغلی و بیماری‌های مرتبط با منزل

- بیماری‌های شغلی (Occupational) ← تقریباً همیشه ناشی از شغل ← مثل آرسنیک، آزبست، سیلیس، بنزین، گرد و غبار چوب، آلودگی هوا
- بیماری‌های مرتبط با شغل (Work-Related) ← هم به علت شرایط نامساعد شغلی می‌توانند ایجاد شوند هم به علل دیگر مثل سبک زندگی نامناسب ← مثل کمر درد

بیماری‌های شغلی

به دلیل شغل

- شایع‌ترین علت: سرماخوردگی، آنفلوانزا و سردرد
- کوتاه مدت
- دومین علت مهم
- مشاغل یدی: درگیری‌های عضلانی اسکلتی، سندرم استرس
- مشاغل غیریدی: استرس، سندرم درگیری‌های عضلانی اسکلتی
- طولانی مدت
- ← در کارمندان ادارات دولتی: استرس و اختلالات عضلانی اسکلتی

اختلالات مرتبط با شغل

- بین افراد بیکار احتمال سیگار کشیدن، مصرف الکل و رفتارهای پرخطر جنسی بیشتر است.
- فعالیت بدنی کمتر است.
- آنها بیش از افراد سالم از خدمات بهداشتی درمانی استفاده می‌کنند.

- شواهد بالینی برخی بیماری‌های شغلی کاملاً شبیه به بیماری‌های غیرشغلی است.
- بیماری‌های شغلی ممکن است زمانی ایجاد شوند که مواجهه با مخاطرات شغلی خاتمه پیدا کرده.
- شواهد بالینی بیماری‌های شغلی مرتبط با دوز و مدت زمان مواجهه با عوامل بیماری‌زاست.
- تأثیر عوامل شغلی می‌تواند در کنار عوامل غیرشغلی تشدید شوند ← مثلاً مواجهه با پنبه نسوز (آزبست) اگر همراه با سیگار کشیدن باشد، احتمال سرطان ریه چند برابر می‌شود.

اهمیت تشخیص به موقع بیماری‌های شغلی

- کاهش خطر ابتلا با کاهش میزان یا شدت مواجهه با مخاطرات شغلی
- گروه هدف: افرادی که دچار بیماری نیستند.
- مداخلات شامل: ایمن‌سازی، آموزش، سیاست‌گذاری و دستورالعمل ← بسیار کم هزینه

- سطح اول

- شناسایی اختلالات سلامتی قبل از آشکار شدن بیماری
- گروه هدف: افرادی که عامل خطر دارند ولی بیمار نیستند.

- سطح دوم

- ← علائم بیماری خود را نشان داده‌اند و ما قصد داریم از بدتر شدن بیماری جلوگیری کنیم.

- سطح سوم

- پیشگیری از استفاده بیش از حد منابع و مداخلات سلامت
- گروه هدف: افرادی که احساس ناخوشی می‌کنند و برای گرفتن خدمات سلامت مراجعه کردند ولی بیماری قابل تشخیصی در آنها مشاهده نشده.

- سطح چهارم

سطح پیشگیری از بیماری‌های شغلی

سوالات برگزیده سلامت و ایمنی محیط کار

- ۱- در عملیات اجرایی بهداشت حرفه‌ای پس از تعیین خطر، کدام یک از اقدامات زیر انجام می‌شود؟ (علوم پایه پزشکی - آبان ۱۴۰۰)
- الف) اندازه‌گیری ب) شناسایی ج) اقدامات کنترلی د) تفسیر نتایج
- پاسخ: پس از ارزیابی عامل خطر، اقدامات کنترلی با حذف آن عامل خطر یا جایگزینی آن یا اقدامات مهندسی در محیط انجام می‌پذیرد.

پاسخ: ج)

- ۲- کدام جمله صحیح است؟
- الف) خطرات سلامتی عواملی هستند که اثرات نامطلوبی بر سلامت می‌گذارند.
- ب) مخاطره احتمال ایجاد بیماری و اختلال در مواجهه با خطرات سلامتی است.
- ج) در ماتریکس دو بُعدی ارزیابی خطر، بعد دوم فراوانی مواجهه می‌باشد.
- د) محتویات محیط فیزیکی کار شامل تجهیزات، محصولات و غیره بر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و ذهنی کارکنان اثر گذارند.
- پاسخ: مخاطرات سلامت عواملی هستند که اثرات نامطلوبی بر سلامت می‌گذارند و خطر، احتمال ایجاد بیماری و اختلال در مواجهه با مخاطرات سلامت است (گزینه الف و ب). ماتریکس دو بُعدی ارزیابی خطر شامل احتمال خطر و شدت پیامد است و عده‌ای بر این باورند که بعد سوم یعنی فراوانی مواجهه نیز باید به ارزیابی خطر اضافه شود (گزینه ج).

پاسخ: د)



۳- در یک محیط کار کدام جزء و مخاطرات آن بیشترین قابلیت ایجاد آسیب و مرگ را دارند؟

- الف) محیط فیزیکی کار (ب) محیط روانی - اجتماعی (ج) منابع سلامت فردی (د) هیچکدام
پاسخ: مخاطرات محیط فیزیکی کار بیشترین قابلیت ایجاد آسیب و مرگ را دارند.

پاسخ: الف)

۴- منظور از مشارکت اجتماعی در سطح سازمان چیست؟

- الف) محیط حمایتگری برای سالم زیستن (ب) فعالیت‌های مشوق سلامت
ج) خدمات سلامت (د) فرهنگ سازمانی

پاسخ: منظور از مشارکت اجتماعی در سطح سازمان، فعالیت‌های مشوق سلامت است که سازمان در آن درگیر می‌شود و مسیر اختیار کارکنان می‌گذارد که سلامت آنها را حفظ و ارتقاء دهد (گزینه ب). خدمات سلامت و محیط حمایتگری برای سالم جزوی از منابع سلامت فردی‌اند (گزینه الف و ج).

ارجاع به صفحه ۴۷، قسمت مشارکت اجتماعی در سطح سازمان

پاسخ: ب)

۵- کدام گزینه درباره بیماری‌های شغلی درست است؟

- الف) عفونت‌های روده‌ای جزء بیماری‌های غیرواگیر شغلی است که بیشتر در کشاورزان و به دلیل استفاده از فاضلاب‌های خانگی در کود دیده می‌شود.

ب) بار بیماری‌های شغلی در مردان بیشتر از زنان است که دلیل اصلی آن شرایط شغلی نامطلوب‌تر مردان است.

ج) ۶۳٪ بار بیماری مزوتلوما شغلی و در اثر مواجهه با سیلیس است.

د) افراد بیکار بیشتر از افراد سالم از خدمات بهداشتی درمانی استفاده می‌کنند.

پاسخ: عفونت‌های روده‌ای ناشی از استفاده فاضلاب در کشاورزان جزء بیماری‌های واگیر شغلی است (گزینه الف). دلیل اصلی نبودن بار بیماری شغلی در مردان حضور بیشتر مردان در عرصه‌های شغلی است و زنان بیشتر احتمال دارد در شرایط نامطلوب‌تر قرار بگیرند (گزینه ب). ۶۳٪ بار بیماری مزوتلیوما شغلی و در اثر کار با آزبست است (گزینه ج).

پاسخ: د)

۶- کدام جمله نادرست است؟

الف) بیماری‌های شغلی بیماری‌هایی هستند که تقریباً همیشه ناشی از شغل می‌باشند.

ب) بیماری‌های مرتبط با شغل هم به علت شرایط نامساعد شغلی می‌توانند ایجاد شوند هم به علل دیگر.

ج) شایع‌ترین علت غیبت کوتاه مدت از کار در مشاغل یدی، درگیری‌های عضلانی - اسکلتی است.

د) استرس جزء علل اصلی غیبت طولانی مدت از کار بین کسانی است که در بخش عمومی کار می‌کنند.

پاسخ: شایع‌ترین علت غیبت کوتاه مدت از کار سرماخوردگی، آنفلوآنزا و سردرد هستند.

ارجاع به صفحه ۴۸، قسمت غیبت از کار به دلیل بیماری

پاسخ: ج)

۷- کدام جمله درباره بیماری‌های شغلی صحیح نیست؟

الف) شواهد بالینی بیماری‌های شغلی مرتبط با دوز و مدت زمان مواجهه با عوامل بیماری‌زا است.

ب) مداخلات سطح اول پیشگیری از بیماری‌های شغلی بسیار کم هزینه‌اند.

ج) گروه هدف سطح دوم پیشگیری از بیماری‌های شغلی افراد بیماری هستند که هنوز از خود علائمی نشان نداده‌اند.

۶

د) گروه هدف سطح چهار پیشگیری از بیماری‌های شغلی افرادی هستند که احساس ناخوشی می‌کنند و برای گرفتن خدمات سلامت مراجعه کرده‌اند ولی بیماری قابل تشخیصی در آنها مشاهده نشده.

پاسخ: گروه هدف سطح دوم پیشگیری از بیماری‌های شغلی افرادی هستند که عامل خطر را دارند ولی هنوز بیمار نیستند.

پاسخ: ح)

فصل ۱۰: اصول مدیریت خدمات سلامت

- مدیریت: فرآیند و فعالیت‌هایی است که هدف آن نیل به اهداف از پیش تعیین شده است. مدیریت بر حمایت و هماهنگی خدمات ارائه شده مورد نیاز است.
- برنامه‌ریزی: تعیین آنچه که باید برای رسیدن به اهداف انجام شود. شامل اولویت‌بندی نیازها، تعیین امر و خط مشی و برنامه عملیاتی.
- سازمان‌دهی: طراحی یک سازمان و اجزای آن و تعیین نحوه ارتباط بین اجزا و افراد. تعیین پست‌ها، کمر تیمی و تفویض اختیارات و مسئولیت
- مدیریت نیروی انسانی: جذب و حفظ نیروی انسانی و توانمند سازی و توسعه فردی
- کنترل: پایش فعالیت‌ها و عملکرد کارکنان

- تعاریف

- توانمندی‌های ذهنی ← مثل تحلیل و حل مشکل و تصمیم‌گیری
- توانمندی‌های فنی ← مانند استفاده از فناوری اطلاعات
- توانمندی‌های بین فردی ← مهارت‌هایی برای ارتباط با دیگران شامل پرسش و پاسخ، مدیریت بحران و سایر بخش‌ها

- توانمندی‌های مورد انتظار مدیران

- فرهنگ سازمانی: شامل باورها، نگرش‌ها، رفتارهای اعضای آن سازمان، ارزش‌ها، رسالت و دورنما، در واقع ماهیت و این سازمان را شکل می‌دهد است. فرهنگ یک سازمان توسط تیم مدیریتی تعریف شده. رهبران سازمان در تثبیت فرهنگ آن و تغییر یا تداوم آن نقش دارند.
- مدیران و رهبران باید سازمان را رو به جلو حرکت دهند در عین حال فعالیت جاری را نیز حفظ کنند.
- رهبران معمولاً نگاه به خارج سازمان و موقعیت آن در محیط دارند و مدیران توجه داخل سازمانی دارند.

- رهبر استراتژیک

- رهبر شبکه

- انواع رهبر

- رهبر عملیاتی ← بیشتر به داخل سازمان تمرکز دارند. (مانند مدیران)

جدول ۱۰-۱. مقایسه توانمندی‌های رهبر و مدیر در یک سازمان	
توانمندی‌های رهبر	توانمندی‌های مدیر
تنظیم رسالت و دورنما و ارزش‌های سازمان	هدایت و کنترل کارکنان
ایجاد انگیزش در کارکنان و سایر ذی‌بفعا	اطمینان از انجام فرآیندها
سخن‌گویی تأثیرگذار	کنترل منابع
تعیین استراتژی‌های آینده سازمان	نظارت بر خدمات
شبکه سازی	نظارت بر اجرای مقررات

سبک‌های رهبری

- دموکراتیک
- خودکامانه
- استراتژیک
- آزادی خواهانه ← تمام قدرت رهبر بین کارکنان تقسیم شده
- تحولی (معامله‌ای) ← کارکنانی که وظایف خود را انجام می‌دهند پاداش می‌گیرند.
- بروکراتیک یا ارادی ← با روش‌های از پیش تعیین شده پیش می‌روند. با روش‌های ادعای سارگاری ندارند.

برنامه‌ریزی

- مهم‌ترین دلیل ← محدودیت منابع

- اهداف
- منابع
- روش‌های مناسب و کارآمد
- آینده

- ابزارهای برنامه‌ریزی

- خصوصیات دموگرافیک جمعیت
- خصوصیات منطقه
- نیازهای سلامت جمعیت
- خدمات سلامتی که ارائه می‌شوند و کارائی، اثربخشی، منابع، عدالت و کیفیت خدمات

۱- بررسی وضعیت موجود ← بررسی

- با استفاده از معیارهای اولویت‌بندی مثل بار مشکل، شیوع و بروز و مرگ و میر، هزینه مشکل، قابلیت حل مشکل و ...
- در این مرحله اهداف تعیین می‌شوند.

- اختصاصی و مشخص بودن (Specific)
- قابل اندازه‌گیری بودن (Measurable)
- دست یافتنی (Attainable)
- مرتبط بودن (Relevant)
- محدود به زمان (Time-bound)

- ویژگی اهداف (SMART)

۲- اولویت‌بندی و هدف‌گذاری

مراحل برنامه‌ریزی

- مقصد: وضعیت‌هایی هستند که برنامه قصد دارد به آنها برسد.
- هدف: برای رسیدن به مقصد به هدف‌های متعددی باید رسید. اهداف به‌طور مستقیم با فعالیت‌ها در ارتباطند. اهداف باید عینی و قابل اندازه‌گیری باشند و نباید کلی باشند.

مقصد - مقصد (Target) اهداف و هدف نهایی (Goal)

- هدف نهایی ← به صفر رساندن موارد جدید ابتلا به HIV و مرگ ناشی از آن

- تا پایان سال ۱۳۹۸ شیوع ابتلا به عفونت HIV در جمعیت عمومی کشور کمتر از ۰/۱۵٪ باقی بماند.
- تا پایان سال ۱۳۹۸ شیوع ابتلا به عفونت HIV در مصرف‌کنندگان تزریقی کشور به کمتر از ۱۳٪ کاهش یابد.
- تا پایان سال ۱۳۹۸ شیوع ابتلا به عفونت HIV در افراد در معرض خطر انتقال جنسی کمتر از ۵٪ باقی بماند.
- تا پایان سال ۱۳۹۸ میزان بروز عفونت HIV در نوزادان زنده متولد شده از زنان باردار مبتلا به HIV به میزان ۹۰٪ کاهش یابد.

• مقاصد

استراتژیک کشور ایدز
مثال - بخشی از برنامه

۵۵

- تا پایان سال ۱۳۹۸ شیوع ابتلا به عفونت HIV در جمعیت عمومی کشور ۰/۱۵٪ باقی بماند.
- تا پایان سال ۱۳۹۸ حداقل ۳۰٪ افراد ۱۵ تا ۴۹ ساله بتوانند هم روش های از انتقال HIV را به درستی تشخیص دهند و هم باورهای غلط مهم در جمعیت HIV را رد کنند.
- تا پایان سال ۱۳۹۸ حداقل ۶۵٪ افراد بالای ۱۵ سال که در ۱۲ ماه گذشته یک نفر تماس جنسی داشته اند در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کنند.
- تا پایان سال ۱۳۹۸ حداقل ۸۰٪ افراد دارای علائم بیماری های مقاربتی استاندارد ارائه دهنده خدمات مراقبتی مراجعه کرده باشند.
- تا پایان سال ۱۳۹۸ انتقال HIV از طریق دریافت خون صفر باقی بماند.

• اهداف ← اهداف مقصد ۱

مثال ← بخشی از برنامه استراتژیک کشوری ایدز

مقصد (Target)، اهداف (Objective) و هدف نهایی (Goal)

- تأثیر راه کار بر اهداف سلامت
- هزینه های در قبال نتیجه
- امکان انجام راه کار

← معیار

۳- انتخاب بین راه کارها

← تعیین مراحل عملیاتی و فعالیت ها

۴- برنامه عملیاتی و بودجه بندی

۵- اجرا و پایش

۶- ارزش یابی

مراحل برنامه ریزی

بررسی وضعیت موجود

اولویت بندی

انتخاب
راه کارها

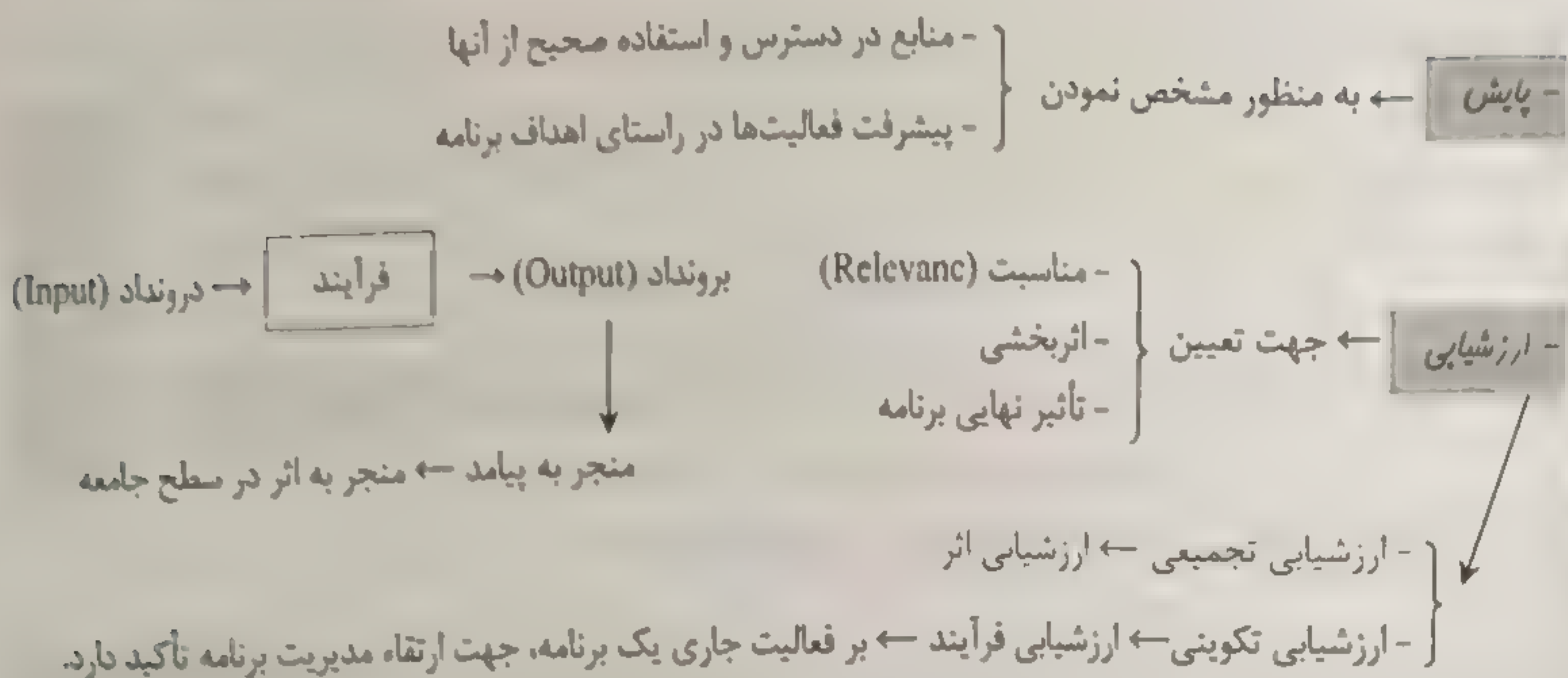
تنظیم برنامه
عملیاتی

اجرا و پایش

شکل ۱-۱۰. ماریج برنامه ریزی

بررسی
وضعیت
موجود ۲)

ارزشیابی



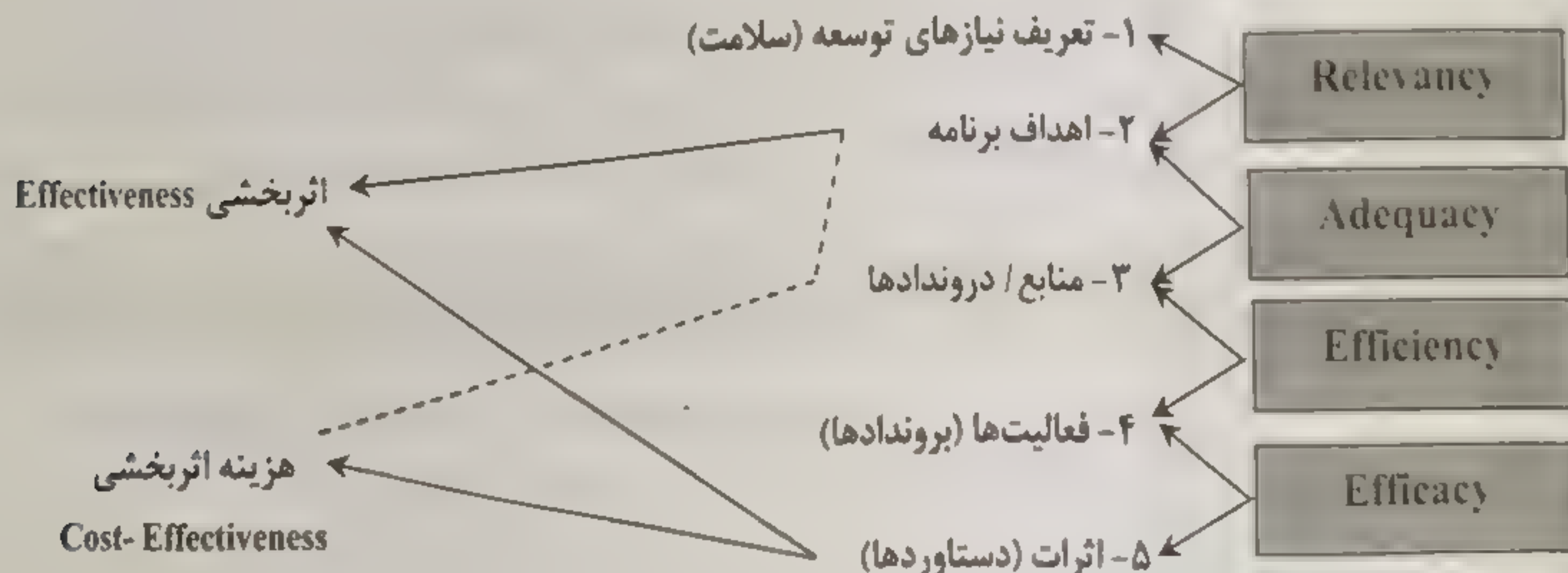
پایین و ارزشیابی

- تعریف معیار (Criteria) استاندارد می‌توان در مورد چیزی قضاوت یا تصمیم‌گیری کرد.

- پنج جز اصلی برنامه سلامت**
- ۱- نیازهای سلامت
 - ۲- اهداف برنامه
 - ۳- منابع (Input)
 - ۴- فعالیت‌ها (Output)
 - ۵- اثرات

- معیارهای ارزشیابی**
- **مناسبت (Relevancy)**: اهداف برنامه در برگیرنده نیازهای جمعیت باشد ← ارتباط بین ۱ و ۲
 - **کفایت (Adequacy)**: منابع برای دستیابی به اهداف کافی باشند ← ارتباط بین ۲ و ۳
 - **بهره‌وری (Efficiency)**: فعالیت‌های انجام شده هزینه متناسبی مصرف کند ← ارتباط بین ۳ و ۴
 - **تأثیر (Efficacy)**: تأثیر نهایی باید با فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده حاصل گردد ← ارتباط بین ۴ و ۵
 - **اثربخشی (Effectiveness)**: اهداف با توجه به دستاوردها پوشش داده شوند ← ارتباط بین ۲ و ۵
 - **هزینه اثربخشی (Cost-Effectiveness)**: دستاوردهای برنامه هدف را پوشش دهند و در قبال هزینه‌ها نیز ارزیابی گردند ← ارتباط بین ۲، ۳ و ۵

انتخاب معیارها



- میزان و چگونگی نیل به آنچه که در پی آن هستیم را نشان می‌دهد. ← مثال: نشان گر وضعیت اقتصادی افراد. نشانگرها بر خلاف معیار، یک سنجش عینی است.

نشانگر (Indicator)

- ویژگی‌های نشانگر خوب

- معتبر و صحیح
- قابل اطمینان و تکرارپذیر
- قابل استفاده
- حساس: قادر به نشان دادن تغییرات در هر شرایطی
- اختصاصی: فقط تغییراتی که در ارتباط با معیارهای موردنظر است بسنجد

استاندارد

← استاندارد ارزشی است که براساس نشان‌گرهای منتخب در مورد آن توافق شده است و نقطه مرجعی را در قضاوت در مورد یک عمل یاری می‌دهد.

روش‌های مورد

استفاده در ارزشیابی

- توصیفی ← توصیف مداخله
- بازرسی ← مقایسه آنچه انجام می‌شود با استانداردها
- قبل و بعد ← مقایسه قبل و بعد مداخله
- مقایسه تجربی ← مقایسه قبل و بعد در دو گروه از مردم که مداخلات مختلف دریافت کردند
- مطالعات تجربی تصادفی شاهددار ← مقایسه مداخله‌ای قبل و بعد در افرادی که به‌طور تصادفی دو گروه تقسیم شده‌اند در مقابل یک دارونما (Randomized Clinical Trial)

سوالات برگزیده اصول مدیریت خدمات سلامت

۱- کدام گزینه زیر نادرست است؟

الف) فرهنگ سازمانی توسط تیم مدیریتی تعریف شده و رهبران سازمان نقشی در تغییر یا تثبیت آن ندارند.

ب) مدیران معمولاً توجه به داخل سازمان دارند.

ج) رهبران عملیاتی بیشتر به داخل سازمان تمرکز دارند.

د) ایجاد انگیزش در کارکنان و سایر ذینفعان از توانایی‌های مورد انتظار رهبران سازمان‌ها می‌باشد.

پاسخ: فرهنگ سازمانی توسط تیم مدیریتی تعریف شده و رهبران سازمان در تثبیت یا تغییر آن نقش دارند (گزینه الف). معمولاً نگاه به خارج سازمان و موقعیت آن در محیط دارند ولی رهبران عملیاتی مانند مدیران بیشتر به داخل سازمان تمرکز دارند (گزینه ب و ج).

پاسخ: الف)

۲- در کدام سبک از رهبری تمام قدرت رهبر بین کارکنان تقسیم شده؟

د) استراتژیک

ج) تحولی

ب) آزادی خواهانه

الف) دموکراتیک

پاسخ: ارجاع به صفحه ۵۳، قسمت سبک‌های رهبری

پاسخ: ب)

۱۶

۴- کدام جمله نادرست است؟

(تالیفی)

الف) مقصد وضعیت‌هایی هستند که برنامه قصد دارد به آنها برسد.

ب) برای رسیدن به مقصد، به هدف‌های متعددی باید رسید.

ج) اهداف باید عینی باشند.

د) اهداف باید کلی باشند.

پاسخ: د)

۴- کدام یک جزو ویژگی‌های هدف طبق الگوی SMART نیست؟

(تالیفی)

الف) محدود به زمان بودن ب) هزینه اثر بخش بودن ج) مرتبط بودن د) قابل اندازه‌گیری بودن

پاسخ: ارجاع به صفحه ۵۳، ویژگی اهداف SMART.

پاسخ: ب)

۵- کدام یک از گزینه‌های زیر جزء معیارهای انتخاب بین راهکارها نیست؟

(تالیفی)

الف) تأثیر راهکار بر اهداف سلامت

ب) هزینه‌ها در قبال نتیجه

ج) مقبولیت راهکار

د) امکان انجام راهکار

پاسخ: ج)

۶- ارزشیابی جهت تعیین تمام موارد زیر استفاده می‌شود، بجز:

(تالیفی)

الف) تناسب برنامه ب) منابع در دسترس برنامه ج) اثربخشی برنامه د) تأثیر نهایی برنامه

پاسخ: ارزشیابی جهت تعیین تناسب، اثربخشی و تأثیر نهایی برنامه استفاده می‌شود. ارزشیابی تأثیر مداخله را مشخص می‌نماید.

منابع در دسترس و استفاده صحیح از آنها و پیشرفت‌های در راستای اهداف برنامه، با پایش مشخص می‌شوند.

پاسخ: ب)

۷- ارتباط بین اهداف برنامه و منابع آن توسط کدام یک از معیارهای ارزشیابی برقرار می‌شود؟

(تالیفی)

الف) تناسب ب) کفایت ج) بهره‌وری د) تأثیر

پاسخ: مراجعه به صفحه ۵۵، قسمت انتخاب معیارها.

پاسخ: ب)

۸- معیار «اثربخشی» بین کدام اجزای برنامه سلامت ارتباط برقرار می‌کند؟

(تالیفی)

الف) بین نیازهای سلامت و اثرات ب) بین اهداف برنامه و منابع (Input)

ج) بین منابع (Input) و فعالیت‌ها (Output) د) بین اهداف برنامه و اثرات

پاسخ: مراجعه به صفحه ۵۵، قسمت انتخاب معیارها.

پاسخ: د)

۹- کدام جمله درست نیست؟

(تالیفی)

الف) نشانگر میزان و چگونگی نیل به آنچه در پی آن هستیم را نشان می‌دهد.

ب) نشانگر همانند معیار یک سنجش عینی است.

ج) نشانگر حساس تغییرات را در هر شرایطی نشان می‌دهد.

د) نشانگر اختصاصی فقط تغییراتی که در ارتباط با معیارهای مورد نظر است را می‌سنجد.



پاسخ: نشانگر یک سنجش عینی و معیار غیرعینی است.

پاسخ: ب)

۱۰- کدام گزینه درباره استاندارد درست نمی باشد؟

الف) استانداردهای خاص براساس توافقات بین المللی تنظیم می شود و سایر استانداردها با در نظر گرفتن شرایط زمینه ای و دسترسی منابع برنامه.

ب) وجود انعطاف در استاندارد باعث پایین آمدن سطح برنامه می شود.

ج) اگر استاندارد در سطح پایینی انتخاب شود باعث ایجاد رضایت خواهد شد و فعالیت بیشتری جهت بهبود امور صورت نمی گیرد.

د) اگر استاندارد در سطح بالایی انتخاب شود به معیار قضاوت دست نخواهیم یافت و ناامید کننده خواهد بود.

پاسخ: استانداردها باید انعطاف پذیر و منعکس کننده مرحله برنامه باشند (یعنی طی مراحل مختلف برنامه تغییر کند).

پاسخ: ب)

۱۱

فصل ۱۱: سازمان‌های بین‌المللی، ملی و محلی مرتبط با سلامت

• کنترل اپیدمی‌ها و بیماری‌های مسری شایع

- تنها منحصر به بیماری‌های واگیر نیست.
- ارتقای سلامت اثرات بیرونی دارد، یعنی کمک به بالا بردن سطح سلامت کشورهای دیگر توسط یک کشور، خود آن کشور را نیز مصون از آن بیماری یا عامل خطر می‌کند.

• تبادل اطلاعات و تجربیات سلامتی

• استاندارد کردن آمار حیاتی فراورده‌های بیولوژیک و داروهای خطرناک

• پژوهش‌های مشترک ← به این دلیل که دغدغه‌های کشورها در حوزه سلامت همپوشانی زیادی دارد.

- همکاری‌های بین‌المللی کیفیت آموزش را دو چندان می‌کند.
- توصیه به دولت‌ها و مسئولین در مورد مسائل حائز اهمیت ← همه کشورها تعهد کافی برای عمل به توصیه‌ها را داشته باشند (مثل برنامه‌های واکسیناسیون در کشورهای مختلف)
- جنبه‌های بین‌الملل داروهای مخدر
- کمک‌های بین‌الملل در بلایا

• کمک به برنامه‌ریزی و مدیریت نظام سلامت و آموزش کارکنان

• مقابله با بیوتروریسم

- هدف سازمان: نیل به بالاترین سطح سلامت قابل دسترسی

- مجمع سلامت جهانی ← خط مشی و بودجه سازمان را تعیین می‌کند. سهم هر کشور در بودجه براساس جمعیت و درآمد سرانه آن تعیین می‌شود.
- هیأت اجرایی ← اجرای سیاست‌ها و تقسیم بودجه بین اعضاء را برعهده دارد.
- دبیرخانه

- سافتار

- آسیای جنوب شرقی (SEARO) ← مرکز: دهلی نو
- مدیترانه شرقی (حاوی ایران) (EMRO) ← مرکز: قاهره
- آمریکا (AMRO) ← مرکز: واشنگتن
- پاسفیک غربی (WPRO) ← مرکز: مانیل
- آفریقا (AFRO) ← مرکز: برازاویل
- اروپا (EURO) ← مرکز: کپنهاگ

- مناطق سازمان

سازمان سلامت بین‌المللی

سازمان جهانی سلامت (WHO)

۴۲

سازمان جهانی سلامت (WHO)

- تهریات ایران در زمینه

- سلامت مادران
 - استقرار نظام مراقبت‌های اولیه سلامت
 - سلامت روان
- از تجربه‌های موفق بوده

- کار اصلی سازمان جهانی سلامت

- مراقبت مربوط به اپیدمی‌ها و قرنطینه
- استاندارد کردن مواد بیولوژیک از جمله آنتی‌بیوتیک‌ها و نامگذاری آنها
- خدمات مستقیم به کشورها بنا به پیشنهاد و همکاری فعال با آنها
- تقویت خدمات سلامتی در سطح ملی
- اقدام برضد بیماری‌های واگیر به خصوص سل و مالاریا
- آموزش و تربیت کارکنان
- پشتیبانی از پژوهش
- آموزش و نشر اطلاعات توسط کمیته و هیات‌های مشورتی

- تفاوت آن با سازمان جهانی سلامت ← یونیسف بیشتر با سازمان‌های مردم نهاد همکاری می‌کند
نهادهای دولتی

صندوق کودکان ملل متحد (UNICEF)

- فعالیت‌های سازمان

- حمایت از بهره‌مندی کودکان از خدمات ایمن و جامع
- حمایت از کودکان آسیب‌پذیر به منظور کاهش مرگ و میر
- حمایت از توانمندسازی دختران و زنان
- حمایت از کودکان در فوریت‌ها
- حمایت از یادگیری کودکان
- حمایت از نوآوری‌ها برای بهبود وضعیت کودکان

- هدف سازمان: همه بارداری‌ها در جهان به صورت خواسته و برنامه‌ریزی شده و همه زایمان‌ها ایمن

صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA)

- فعالیت‌ها

- سلامت باروری و زنان باردار
- دسترسی به وسایل تنظیم خانواده مدرن
- تلاش برای قطع ازدواج کودکان
- پیشگیری از بارداری در نوجوانان
- آموزش کارکنان نظام سلامت برای اطمینان از انجام حداقل ۹۰٪ زایمان‌ها
- افراد دوره دیده
- پیشگیری از خشونت مرتبط با جنسیت
- قطع ختنه کردن دختران
- تحویل تجهیزات نجات دهنده زایمان و زندگی در بلایا
- سرشماری، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

دفتر بین‌المللی کار (ILO)

← تعیین حداقل استانداردها و سیاست‌گذاری‌ها برای مشاغل مختلف

- تأمین امنیت غذایی برای همه

- تعین استانداردهای مربوط به محصولات کشاورزی

سلامت غذا و کشاورزی (FAO)

← سازمان فرهنگی ملل متحد. ارتباط آن با سلامت از طریق آموزش پزشکی است

یونسکو (UNESCO)

← حمایت مالی، تغذیه‌ای، اسکان و ارائه خدمات از آوارگان جنگ و سایر حوادث

کمیساریای عالی پناهندگان (UNHCR)

- تشکیلات مذهبی ← مثال: کمیته امداد امام خمینی (ره). با ارائه خدمات خود تا حدودی از هزینه‌های کمرشکن سلامت جلوگیری شود.

* هزینه کمرشکن سلامت: اختصاص بیش از ۴۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی خانوار به سلامت

- انجمن‌های امدادی ← صلیب سرخ و هلال احمر، عمدتاً غیردولتی هستند و هلال احمر ایران بودجه دولتی دریافت می‌کند. هلال احمر علاوه بر بلایا در حوادث جاده‌ای نیز امدادرسانی می‌کند.

- سازمان‌های مردم‌نهاد (NGO)

- آژانس‌های طبی یا سلامت عمومی ← بنیادهای مختلف چندمنظوره: در زمینه‌های مختلف فعالیت می‌کند که یکی از آن زمینه‌ها سلامت است.

- انجمن‌های تخصصی و فنی ← مثال: پزشکان بدون مرز، انجمن پزشکی جهان، انجمن بین‌المللی پرستاران

سازمان‌های داوطلب

مرتبط با سلامت

سؤالات برگزیده سازمان‌های بین‌المللی، ملی و محلی مرتبط با سلامت

۱- کدام یک از موارد زیر از اهداف یونیسف محسوب نمی‌شود؟

(علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۴۰۰)

الف) ارتقاء رعایت حقوق انسانی خصوصاً زنان

ب) آگاه‌سازی و ظرفیت‌سازی برای پاسخگویی به نیازهای تنظیم خانواده

ج) رعایت عدالت اجتماعی در تدوین برنامه‌های مربوط به کودکان

د) هدایت قوانین، سیاست‌ها و اقدامات مربوط به کودکان

پاسخ: ظرفیت‌سازی برای پاسخگویی به نیازهای تنظیم خانواده جزء وظایف صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA) می‌باشد.

پاسخ: ب)

۲- مناسبت «روز جهانی بهداشت» (روز هفتم آوریل) با کدام یک از گزینه‌های زیر مطابقت دارد؟

(علوم پایه پزشکی - آذر ۱۳۹۸)

الف) تصویب اساسنامه سازمان جهانی بهداشت

ب) شروع اجرایی شدن اساسنامه سازمان جهانی بهداشت

ج) تشکیل اولین مجمع بهداشت جهانی

د) تأسیس اداره بین‌المللی بهداشت عمومی

پاسخ: ب)

۳- آگاه‌سازی و ظرفیت‌سازی برای پاسخگویی به نیازهای جامعه و تنظیم خانواده از وظایف کدام سازمان بین‌المللی می‌باشد؟

(علوم پایه پزشکی - فروردین ۱۳۹۸)



الف) صندوق جمعیت ملل متحد ب) صندوق کودکان ملل متحد ج) سازمان جهانی بهداشت د) برنامه عمران ملل متحد

پاسخ: الف)

۴- کدام یک از سازمان های سازمان ملل زیر، کشورهای در حال توسعه را در برنامه های مربوط به بهداشت باروری و جمعیتی

می نماید؟

(پزشکی ملل متحد و جمعیتی)

الف) UNDP

ب) UNESCO

ج) UNEPA

د) UNICEF

پاسخ: ج)

۵- ایران در کدام منطقه از سازمان جهانی بهداشت حضور دارد؟

الف) EMRO

ب) AMRO

ج) SEARO

د) WPRO

پاسخ: ایران در منطقه مدیترانه شرقی (EMRO)، که مرکز آن در قاهره می باشد حضور دارد.

پاسخ: الف)

۶- کدام یک از گزینه های زیر جزء تحارب موفق ایران که توسط WHO به کشورهای دیگر معرفی شده، نیست؟

الف) تجربیات ایران در زمینه سلامت مادران

ب) تجربیات ایران در زمینه سلامت روان

ج) تجربیات ایران در استقرار نظام مراقبت های سلامت اولیه

د) تجربیات ایران در زمینه بهداشت دهان

پاسخ: د)

۷- کدام یک جزء کارهای اصلی سازمان جهانی بهداشت نیست؟

الف) استاندارد کردن مواد بیولوژیک از جمله آنتی بیوتیک ها و نامگذاری آنها

ب) اقدام بر ضد بیماری های واگیر به خصوص سل و مالاریا

ج) آموزش و تربیت کارکنان

د) پیشگیری از خشونت مرتبط با جنسیت

پاسخ: پیشگیری از خشونت مرتبط با جنسیت جزء وظایف صندوق جمعیت ملل متحد می باشد. مراجعه به صفحه ۶۰، قسمت ۱ اصلی سازمان جهانی بهداشت.

پاسخ: د)

(تغییر)

۸- کدام گزینه زیر نادرست است؟

الف) هدف سازمان جهانی بهداشت نیل همه مردم به تعریف این سازمان از سلامتی است.

ب) تفاوت UNICEF با WHO در همکاری بیشتر یونیسف با سازمان های مردم نهاد است.

ج) حمایت از توانمندسازی زنان جزء وظایف یونیسف می باشد.

د) جزء اهداف UNEFA حمایت از آموزش کارکنان نظام سلامت برای اطمینان از احجام حداقل ۹۰٪ زایمان ها توسط افراد دوره دیده است.

پاسخ: هدف سازمان جهانی بهداشت نیل به بالاترین سطح سلامت قابل دسترسی است و اگر از فصل ۲ به خاطر داشته باشید، تعریف این سازمان از سلامتی ایده آل گرا و غیر قابل دسترسی می باشد.

پاسخ: الف)

(تغییر)

۹- ارتباط یونسکو با سلامت از چه طریقی است؟

الف) تأمین مالی

ب) آموزش پزشکی

ج) تعیین خط مشی

د) تأمین امنیت غذایی

پاسخ: یونسکو سازمان فرهنگی ملل متحد است و ارتباط آن با سلامت از طریق آموزش پزشکی می باشد.

پاسخ: ب)



فصل ۱۲: سنجش وضعیت سلامت در جمعیت‌ها:

مروری بر وضعیت ایران و جهان

- **Indicator**: چیزی است که وضعیت یک متغیر جمعیتی را نشان می‌دهد.
- **Index**: یک آماره ترکیبی که با قرار دادن چند Indicator در فرمولی خاص به دست می‌آید.
به عنوان مثال، شاخص توسعه انسانی (HDI)، سه جنبه مهم در توسعه جمعیت‌های انسانی را به طور همزمان مورد توجه قرار می‌دهد.

- تعریف

- وضعیت سلامتی ← شاخص آن: امید به زندگی در بدو تولد
- دانش ← شاخص آن: سال‌های مورد انتظار برای تحصیل هر فرد و متوسط سال‌های تحصیل در جامعه
- وضعیت رفاهی ← شاخص آن: سرانه درآمد ناخالص ملی

- توصیف وضعیت سلامت یک جمعیت
- ارزشیابی برنامه‌ها و مداخله‌ها
- پیش‌بینی رخ داده‌های آینده
- حمایت طلبی
- هدف‌گذاری و ارتقای کیفیت

- کاربردها

* مهم‌ترین مسأله در انتخاب شاخص‌ها ← هدف از بررسی
- داده‌های مورد نیاز شاخص همزمان با ارائه خدمات سلامت گردآوری شوند.
- شاخص‌ها قابل درک و به سادگی تفسیرپذیر باشند.
- شاخص‌ها نسبت به تغییراتی که قرار است منعکس‌کننده آنها باشند، حساس باشند.
* متادیتا: اجزای مختلف یک شاخص (مثل گروه سنی یا جنسی مدنظر، منابع مناسب داده‌ها، روش گردآوری داده‌ها و ...) را به کاربران معرفی می‌کند ← همه کاربران شاخص‌ها را به شکل یکسانی اندازه‌گیری کنند.

ویژگی‌های یک
شاخص مناسب



شکل ۱-۱۲. شاخص‌های اصلی و فرعی برای تقسیم‌بندی شاخص‌های محوری سلامت (Core Health Indicators) سازمان جهانی بهداشت

- وضعیت سلامت**
- شاخص‌ها مرتبط با تعداد مرگ و میر ← علت مرگ در آنها تأثیری ندارد. مانند: امید به زندگی در بدو تولد، میزان مرگ نوزادان و ...
 - شاخص‌های مرتبط با علت مرگ و میر ← مانند کسر مرگ مادران و ...
 - شاخص‌های مرتبط با ابتلا به بیماری‌ها
 - شاخص‌های مرتبط با باروری
- عوامل خطر**
- شاخص‌های مرتبط با تغذیه
 - شاخص‌های مرتبط با عوامل خطر محیطی ← مانند درصد دسترسی به آب آشامیدنی سالم، سطح آلودگی هوا و ...
 - شاخص‌های مرتبط با عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر ← مانند مصرف دخانیات، درم، فشارخون بالا و ...
 - شاخص‌های مرتبط با آسیب‌ها و اقدام‌های خطرناک ← مانند میزان آسیب‌های شغلی، ترافیک، خشونت از سوی شریک جنسی و ...
 - شاخص‌های مرتبط با بیماری‌های عفونی
- پوشش خدمات ← پوشش جمعیتی ← تابعی از**
- فراهمی خدمات سلامت
 - دسترسی به خدمات سلامت
- مثال: پوشش مراقبت‌های دوره بارداری و زایمان، پوشش واکسیناسیون، پوشش خدمات ضروری سلامت و ...
- نظام سلامت ← مرتبط با نحوه عملکرد نظام سلامت ← مانند: کیفیت و ایمنی مراقبت‌های سلامت، بهره‌مندی از مراقبت‌های سلامت، نظام اطلاعات سلامت و گردش مالی آن ← چند نمونه: میزان مرگ حوالی عمل جراحی، بهره‌مندی از خدمات سرپایی، توزیع کارکنان سلامت و ...**

جدول ۱-۱۲. فرمول محاسباتی تعدادی از شاخص های بر کاربرد در سلامت عمومی	
شاخص	فرمول محاسباتی
میان مرگ نوزادان	$\frac{\text{تعداد مرگ نوزادان زیر ۲۸ روز}}{\text{تعداد موالید زنده}} \times 1000$
میان مرگ شیرخواران	$\frac{\text{تعداد مرگ کودکان زیر یکسال}}{\text{تعداد موالید زنده}} \times 1000$
میان مرگ کودکان زیر ۵ سال	$\frac{\text{تعداد مرگ کودکان ۵-۰ ماه}}{\text{تعداد موالید زنده}} \times 1000$
میان مرگ نوجوانان	$\frac{\text{تعداد مرگ نوجوانان ۱۹-۱۰ ساله}}{\text{تعداد نوجوانان ۱۹-۱۰ ساله}} \times 1000$
میزان مرده زایی	$\frac{\text{تعداد جنین های به دنیا آمده بدون علامت حیاتی بعد از ۲۸ هفته بارداری یا سگین تر از ۱kg}}{\text{تعداد کل زایمان ها}} \times 1000$
کسر مرگ مادران	$\frac{\text{تعداد موارد مرگ مادران (به علت عوارض بارداری و زایمان)}}{\text{تعداد موالید زنده}} \times 100000$
میزان باروری اختصاصی سنی	$\frac{\text{تعداد زایمان های زنان یک گروه سنی خاص در یک سال}}{\text{تعداد زنان همان گروه سنی در همان سال}} \times 1000$
میان باروری در نوجوانی	$\frac{\text{تعداد زایمان های زنده زنان ۱۹-۱۵ ساله در یک مدت معین}}{\text{تعداد شخص - سال های زیسته توسط زنان ۱۹-۱۵ ساله در همان باره زمانی}} \times 1000$
میزان باروری کلی	$\frac{5 \times \text{مجموع میزان های باروری اختصاصی سنی}}{1000}$
میان مرگ حوالی جراحی	$\frac{\text{تعداد مرگ در میان بیمارانی که عمل جراحی در اتاق عمل انجام داده اند}}{\text{تعداد کل عمل های جراحی}} \times 1000$

شخص - سال = مجموع (سن افراد × تعداد افراد با آن سن) برای ستین مختلف.

- تعداد مطلق

- کسر (Ratio) ← فراوانی یک متغیر به فراوانی متغیری دیگر

- نسبت (Proportion) ← نوعی کسر که در آن صورت جزئی از مخرج است.

- میزان (Rate) ← نوعی کسر که در آن، صورت کسر، فراوانی موارد جدیدی از یک پی آمد است که در دوره زمانی مشخص در جمعیت مخرج کسر پدید آمده.

- شاخص های مبتنی بر یک هم گروه (کوهورت) فرضی ← مثلاً برای اندازه گیری امید به زندگی در بدو تولد برای افرادی که در یک سال خاص متولد می شوند «فرض» می شود که این افراد در طول عمر خود با میزان های مرگ و میری مواجه باشند که در همان سال خاص در گروه های سنی مختلف وجود دارد.

- شاخص های مربوط به انتساب مرگ و میر یا موارد بیماری به یک عامل خطر

- ترکیب شاخص های مرگ و میر و ابتلا برای بیان وضعیت بیماری ها در جمعیت ← مقایسه اهمیت نسبی بیماری های مختلف در یک جمعیت، با کمک بار بیماری.

- بار بیماری: سال های از دست رفته عمر به دلیل ناتوانی (YLD) یا مرگ زودرس (YLL) ← DALY ← واحدی برای سنجش بار بیماری

$YLL + YLD = DALY$ ← سنی که فرد در آن فوت کرده - بیشترین امید به زندگی آن جنسیت

تمام سال هایی که فرد با بیماری زندگی کرده × ضریب ناتوانی بیماری

انواع سنجش ها (Measures) برای شاخص های سلامت عمومی



- امید به زندگی در بدو تولد در سال ۲۰۱۹ به ۷۳ سال رسیده. بیشترین امید به زندگی متعلق به زنان و بخش‌هایی از چین و بیش از ۸۳ سال است. امید به زندگی در ایران در سال ۲۰۱۹، ۷۶ سال بود. امید به زندگی در زنان (۷۵ سال) معمولاً بیشتر از مردان (۷۰ سال) است.

- میزان باروری کلی در سطح جهانی در همه کشورها کاهش داشته.

- روند YLL کاهش و روند YLD با شیب بسیار ملایمی افزایشی بوده ← جمعیت‌های انسانی در کنترل مرگ و میر موفق عمل کرده‌اند ولی افرادی که زنده می‌مانند با بیماری‌های بیشتری دست و پنجه نرم می‌کنند. اگر میزان استاندارد شده سنی YLD را در طول زمان بررسی کنیم و به این ترتیب اثر مسن شدن جمعیت را حذف کنیم، روند آن با شیب بسیار ملایمی کاهش می‌شود.

- بیماری‌های گروه ۱: بیماری‌های عفونی و واگیر همراه با بیماری‌های دوره بارداری، راسماً نوزادی و مشکلات تغذیه‌ای
- بیماری‌های غیرواگیر (قلبی عروقی، سرطان، دیابت و ...)
- آسیب‌های خارجی (تصادف جاده‌ای، خودکشی و ...)

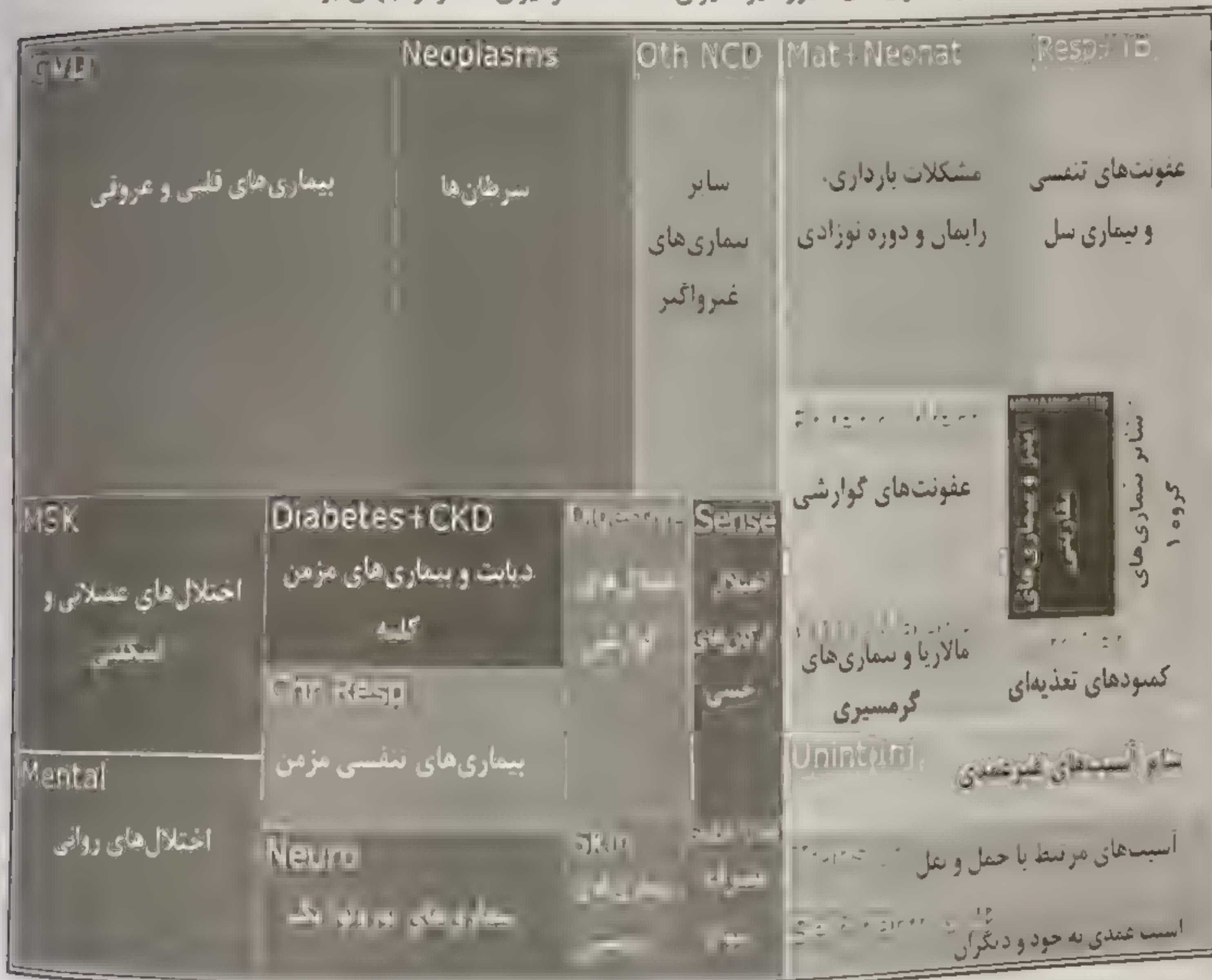
- علل منجر به از بین رفتن سال‌های عمر

- در کل جهان بار ناشی از بیماری‌های گروه ۱ کاهش قابل توجهی داشته

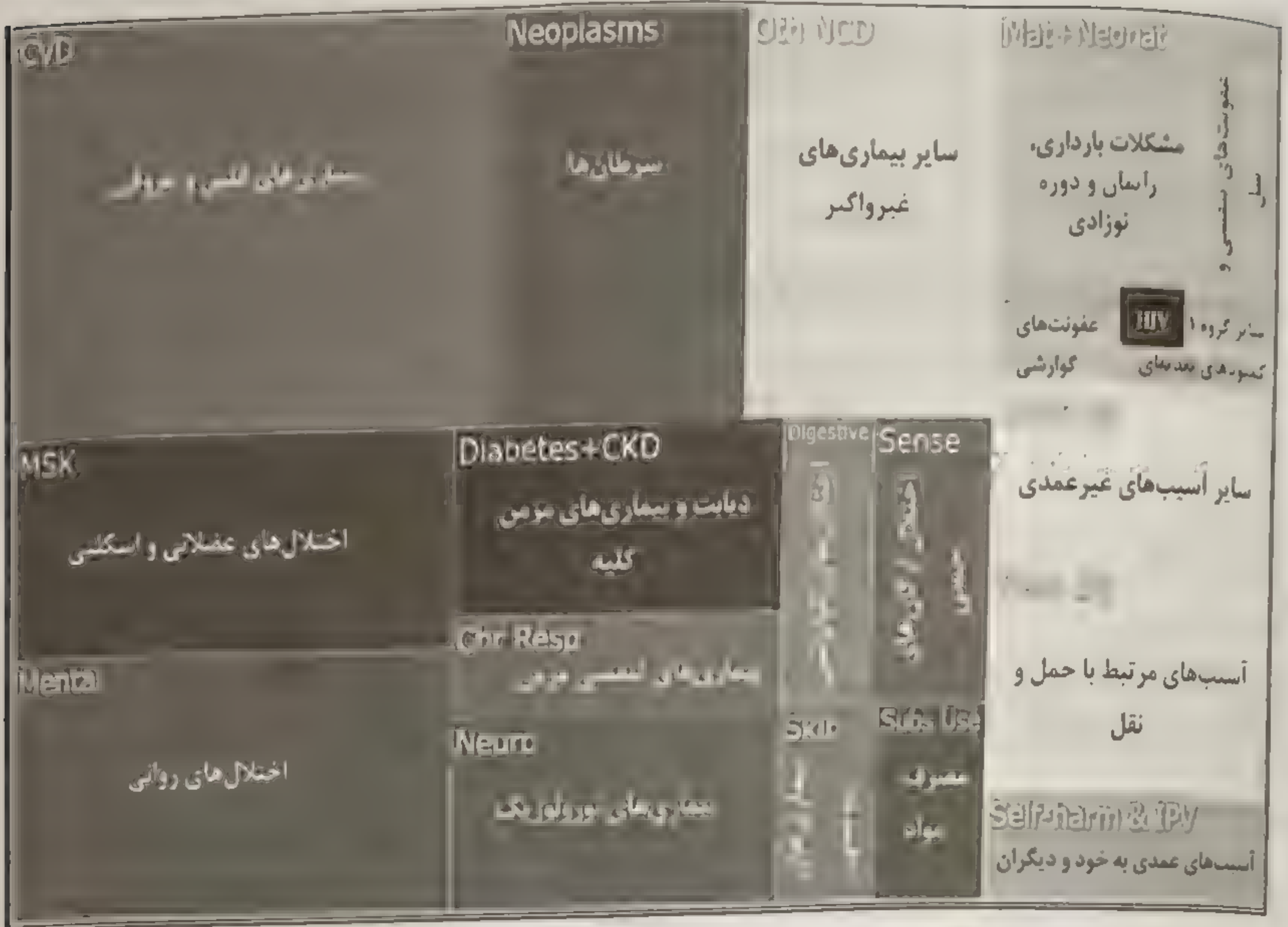
- بهبود شرایط عمومی زندگی
- اقدامات پیشگیرانه و کنترل بیماری‌های واگیر
- گسترش مراقبت‌های دوره بارداری

- کشورهای با درآمد کم و طبقات اجتماعی - اقتصادی ضعیف‌تر، در برابر بیماری‌های گروه ۱ آسیب‌پذیرترند.

- ریت DALY (میزان سال‌های از دست رفته عمر به ازای جمعیت) در ایران در دوره زمانی ۲۰۱۷-۱۹۹۰ کمتر از میزان جهانی آن بوده ولی میزان سال‌های از دست رفته عمر به دلیل آسیب‌ها در ایران بالاتر از میزان جهانی آن بوده. درباره بیماری‌های گروه ۱ و بیماری‌های غیرواگیر، میزان DALY در ایران کمتر از جهان بوده.



شکل ۲-۱۲. سهم بیماری‌ها و آسیب‌های مختلف از مجموع بار بیماری‌ها براساس واحد DALY در جهان (سال ۲۰۱۷)



شکل ۱۲-۳. سهم بیماری‌ها و آسیب‌های مختلف از مجموع بار بیماری‌ها براساس واحد DALY در ایران (سال ۲۰۱۷)

- عوامل فطر
- عوامل خطر رفتاری ← مانند مصرف دخانیات، عوامل خطر تغذیه‌ای و ...
 - عوامل خطر متابولیک ← مانند کلسترول بالا، فشار خون بالا و ...
 - عوامل خطر محیطی ← مانند آلاینده‌های هوا، عوامل خطر شغلی و ...

جدول ۱۲-۲. ده عامل خطر مهم برای از دست دادن سال‌های عمر به دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی در ایران و جهان (۲۰۱۷)		
رتبه	جهان	ایران
۱	سوء تغذیه مادران و کودکان	فشار خون بالا
۲	عوامل خطر تغذیه‌ای	عوامل خطر تغذیه‌ای
۳	فشار خون بالا	قند خون بالا
۴	مصرف تنباکو	نمایه توده بدنی بالا
۵	قند خون بالا	مصرف تنباکو
۶	نمایه توده بدنی بالا	سوء تغذیه مادران و کودکان
۷	آلودگی هوا	کلسترول LDL بالا
۸	مصرف الکل	مصرف مواد
۹	کلسترول LDL بالا	آلودگی هوا
۱۰	آب ناسالم، دفع نامناسب فاضلاب و شست و شوی ناکافی دست‌ها	عملکرد نامناسب کلیه

- شیوع بالای عوامل خطر تغذیه‌ای
- فشار خون بالا
- مصرف تنباکو
- قندخون بالا
- نمایه توده بدنی (BMI) بالا

انتظار می‌رود در آینده نیز بیماری‌ها مزمن غیرواگیر گسترش یابد ← به دلیل

- تغییر اقلیم، در صورت غفلت از آن، می‌تواند بسیاری از دستاوردهای پیشین در زمینه بهبود سلامتی انسان‌ها را به عقب برگرداند

- بیماری‌های عفونی بازپدید
 - بیماری‌های عفونی نوپدید (مثل کووید - ۱۹)
 - مقاومت آنتی‌بیوتیکی
- تهدیدات بیماری‌های عفونی واگیر

سؤالات برگزیده منبش وضعیت سلامت در جمعیت‌ها: مروری بر وضعیت ایران و جهان

۱- براساس فرمول تعیین شده توسط سازمان جهانی بهداشت برای محاسبه میزان میرایی حول تولد به کدام یک از گزینه‌های زیر در **مخرج کسر نیازمندیم؟**

(علوم پایه پزشکی - اسفند ۱۳۹۸)

الف) تعداد مرگ‌های جنینی ۲۸ هفته حاملگی یا بیشتر

ب) تعداد تولدهای زنده در یک سال

ج) تعداد مرگ‌های هفته اول تولد

د) تعداد مرگ‌های هفته اول تولد به اضافه تعداد مرگ‌های جنینی

پاسخ: مراجعه به صفحه ۶۵ فرمول محاسباتی تعدادی از شاخص‌های پرکاربرد در سلامت عمومی.

پاسخ: ب)

۲- اگر بخواهید میزان باروری کلی (total fertility rate) را در یک جامعه محاسبه کنید، برای صورت کسر به کدام یک از اطلاعات زیر **نیاز دارید؟**

(علوم پایه پزشکی - آبان ۱۳۹۸)

الف) مجموع میزان‌های باروری اختصاصی سنی

ب) تعداد موالید طی مدت معین

ج) تعداد تولد خام

د) متوسط جمعیت

پاسخ: الف)

۳- در محاسبه میزان مرگ مادران (Maternal Mortality Rate) مخرج کدام یک از گزینه‌های زیر است؟ (علوم پایه پزشکی - آذر ۱۳۹۸)

الف) جمعیت همان منطقه در میانه سال مورد نظر

ب) تعداد مادران باردار در همان جمعیت و منطقه و سال

ج) تعداد مادران در سن بارداری در همان جمعیت و منطقه و سال

د) تعداد موالید زنده در همان جمعیت و منطقه و سال

پاسخ: د)

۱۶

تعداد مرگ کودکان زیر یک سال در یک منطقه ۱۰ نفر، تعداد جمعیت همان منطقه در همان سال ۱۰۰۰۰۰ نفر و تعداد متولدین ۱۰۰۰ نفر است. میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال کدام مورد است؟
(علوم پایه پزشکی نوین - شهریور ۱۳۹۸)

۱۰ در صد هزار (ب) ۱۰ در هزار (ج) ۱ در هزار (د) ۱ در صد هزار
ب) مرگ و میر کودکان زیر یک سال (شیرخواران) طبق فرمول برابر است با: تعداد موارد مرگ کودکان زیر یک سال در آن منطقه تقسیم بر تعداد موالید زنده در آن سال در همان منطقه که می شود ۱۰ در هزار.

کدام یک از گزینه های زیر جزء Indicator های مورد استفاده در شاخص توسعه انسانی (HDI) نمی باشد؟
(تالیفی)
الف) وضعیت سلامتی (ب) وضعیت اجتماعی (ج) دانش (د) وضعیت رفاهی
پاسخ: مراجعه به صفحه ۶۳، شاخص های سلامت.

کدام گزینه نادرست است؟
(تالیفی)
الف) مهم ترین مسأله در انتخاب شاخص ها، هدفمان از بررسی می باشد.
ب) برای یکسان سازی اندازه گیری شاخص ها توسط کاربران، از متادیتا استفاده می شود.
ج) داده های مورد نیاز شاخص ها بهتر است به طور معمول و همزمان با ارائه خدمات سلامت گردآوری شوند.
د) در شاخص های مرتبط با تعداد مرگ و میر، علت مرگ و میر دارای اهمیت است.
پاسخ: علت مرگ در شاخص های مرتبط با مرگ و میر (مانند امید به زندگی در بدو تولد و میزان مرگ نوزادان) تأثیری ندارد.

کدام یک از موارد زیر صورت کسر در میزان مرگ نوزادان می باشد؟
(تالیفی)
الف) مرگ کودکان زیر ۲۸ روز (ب) مرگ کودکان زیر یک سال (ج) مرگ کودکان زیر یک هفته (د) مرگ کودکان زیر دو سال
پاسخ: الف)

شاخص های مرتبط با علت مرگ و میر مثل کسر مرگ مادران، جزء کدام دسته از شاخص های سلامت می باشد؟
(تالیفی)
الف) وضعیت سلامت (ب) عوامل خطر (ج) پوشش خدمات (د) نظام سلامت
پاسخ: مراجعه به صفحه ۶۴، قسمت شاخص های محوری سلامت.

افراوانی «موارد جدید» صورت کدام یک از کسرهای زیر است؟
(تالیفی)
الف) شیوع (ب) نسبت (ج) میزان (د) گزینه الف و ج
پاسخ: میزان (Rate) نوعی کسر که در آن، صورت کسر، فراوانی موارد جدیدی از یک پیامد است که در دوره زمانی مشخص در جمعیت منجر کسر پدید آمده. شیوع عبارت از تمامی موارد موجود بیماری در یک جمعیت است.

یک خانم در سن ۵۵ سالگی به علت ابتلای ۵ ساله به بیماری ای فوت می کند. اگر ضریب ناتوانی این بیماری ۰.۶ باشد و امید به زندگی خانم ها در آن جامعه ۶۰ سال باشد و بیشترین امید به زندگی زنان در جهان ۸۶ سال باشد، این خانم چند دالی از دست داده؟
(تالیفی)

(د) ۴۸

(ج) ۵۵

(ب) ۳۴

(الف) ۳۱



پاسخ: YLL (Years of lost life) = سال‌های از دست داده زندگی = حداکثر امید به زندگی - عمر فرد
YLD (Years lived with disability) = سال‌های زندگی توان با ناتوانی = صرب با توانی × تعداد سال‌های اسلا
 $DALY = YLL + YLD = (86 - 55) + (5 \times 0.6) = 34$

پاسخ: ب)

۱۱- کدام جمله نادرست است؟

الف) امید به زندگی در زنان بیشتر از مردان است.

ب) میزان باروری در همه کشورها کاهش داشته.

ج) روند YLD، با حذف اثر مسن شدن جمعیت، با شیب بسیار ملایمی افزایشی می‌باشد.

د) بیماری‌های دوره بارداری و مشکلات تغذیه‌ای جزء بیماری‌های گروه ۱ می‌باشند.

پاسخ: روند YLL کاهش و روند YLD با شیب بسیار ملایمی افزایشی بوده ولی اگر میزان استاندارد شده سنی را در محاسبه بررسی کنیم و به این ترتیب اثر مسن شدن جمعیت را حذف کنیم، روند YLD با شیب بسیار ملایمی کاهش می‌شود (گزینه ج) بیماری‌های عفونی و اگر همراه با بیماری‌های دوره بارداری، زائمان، نوزادی و مشکلات تغذیه‌ای جزء بیماری‌های گروه ۱ محسوب می‌شوند (گزینه د).

پاسخ: ج)

۱۲- دلیل کاهش بار بیماری‌های گروه ۱ در کل جهان کدام یک از موارد زیر نیست؟

(تأییدی)

الف) بهبود شرایط عمومی زندگی

ب) اقدامات پیشگیرانه و کنترل بیماری‌های واگیر

ج) گسترش مراقبت‌های دوره‌ای بارداری

د) پیر شدن جمعیت

پاسخ: د)

۱۳- کدام یک از میزان‌های سال‌های از دست رفته عمر در ایران، از میزان جهانی آن بیشتر است؟

(تأییدی)

الف) ریت دالی (میزان دالی به ازای جمعیت)

ب) میزان سال‌های از دست رفته عمر به دلیل آسیب‌ها

ج) میزان سال‌های از دست رفته عمر به دلیل بیماری‌های گروه ۱

د) میزان سال‌های از دست رفته عمر به دلیل بیماری‌های غیرواگیر

پاسخ: ب)

۱۴- بیشترین سهم بار بیماری براساس واحد دالی به ترتیب در جهان و ایران مربوط به کدام بیماری‌ها می‌باشد؟

(تأییدی)

الف) بیماری‌های قلبی عروقی - سرطان‌ها

ب) سرطان‌ها - بیماری‌های قلبی عروقی

ج) سرطان‌ها - آسیب‌های مرتبط با حمل و نقل

د) بیماری‌های قلبی عروقی - بیماری‌های قلبی عروقی

پاسخ: در هر دو شکل ۲-۱۲ و ۳-۱۲ در صفحه‌های ۶۶ و ۶۷ بیشترین سهم را بیماری‌های قلبی عروقی دارد.

پاسخ: د)

۱۵- مهم‌ترین عامل خطر برای از دست دادن سال‌های عمر به دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی در جهان و ایران به ترتیب چیست؟

(تأییدی)

الف) سوء تغذیه مادران و کودکان - فشار خون بالا

ب) فشارخون بالا - نمایه توده بدنی بالا

ج) عوامل خطر تغذیه‌ای - کلسترول بالا

د) فشارخون بالا - قند خون بالا

پاسخ: مراجعه به صفحه ۶۷، جدول ۲-۱۲.

۱۶

در انتظار برای گسترش بیماری‌های مزمن غیر واگیر در بیشتر مناطق جهان در آینده همه موارد زیر هست بجز: (تالیفی)

ب) شیوع بالای عوامل خطر تغذیه‌ای

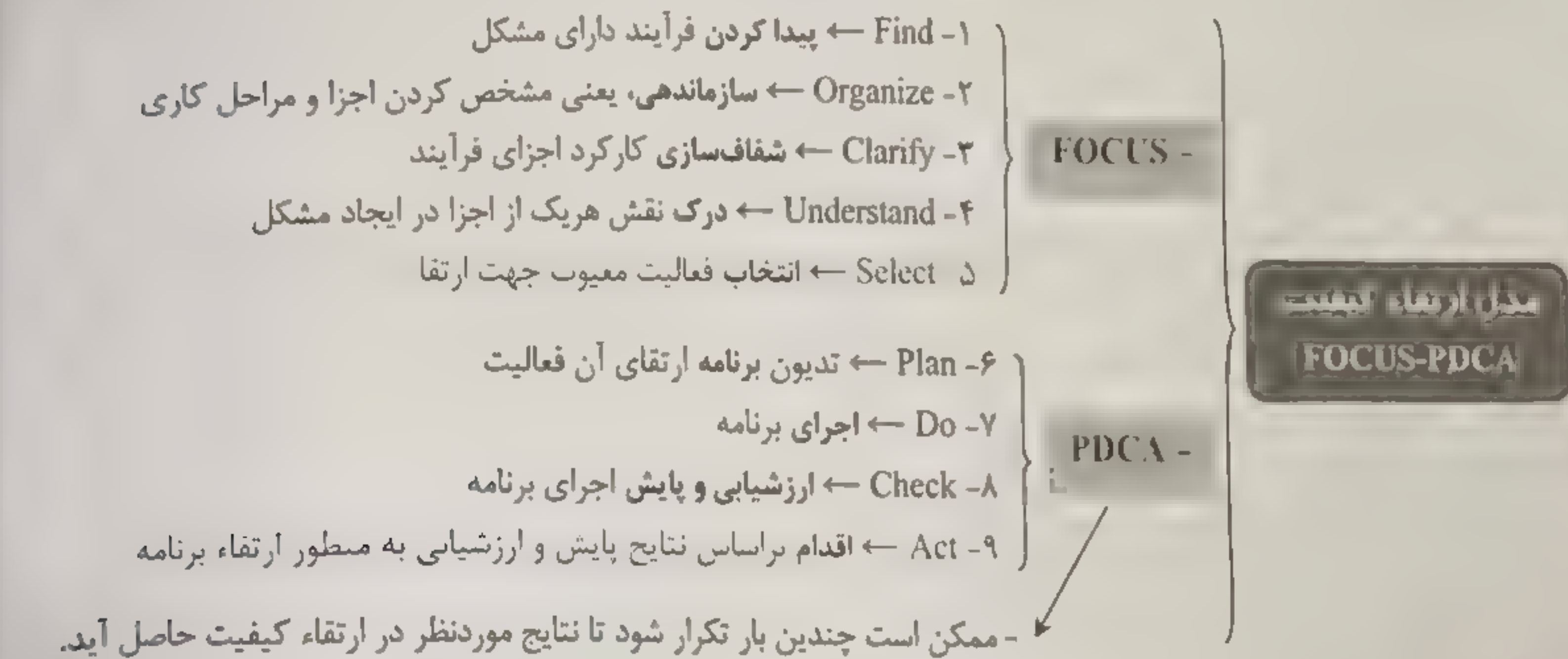
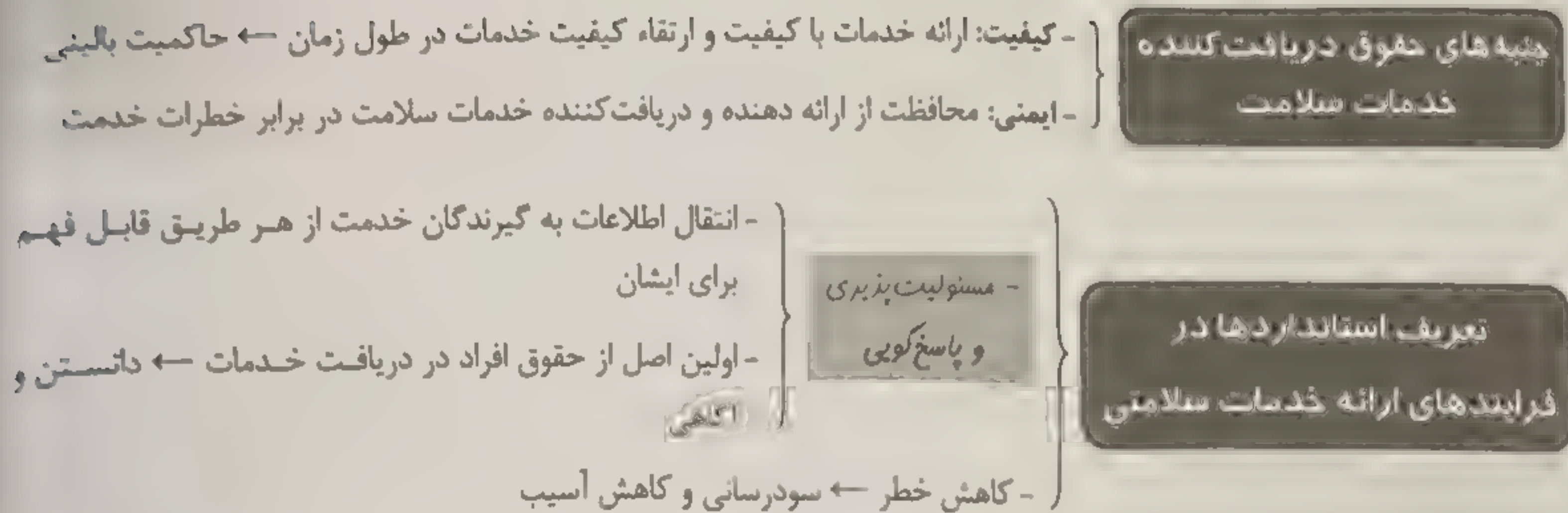
د) مصرف تنباکو

ج) شیوع بالای عوامل خطر تغذیه‌ای، فشار خون بالا، مصرف تنباکو، قند خون بالا و نمای توده بدنی بالا (همان بیش وزنی)

در بیشتر مناطق جهان انتظار می‌رود که در آینده نیز بیماری‌های مزمن غیرواگیر گسترش یابند.



فصل ۱۱: حقوق دریافت کنندگان خدمات سلامت



- دقت شاخص ها، باید متناسب با حساسیت آن شاخص باشد. دقت سسی در مورد شاخص ها که کاربردی بودن آن را تحت تأثیر قرار ندهد مناسب تر از دقت بسیار بالا در برآورد است که هزینه بالایی نیز دارد.
- شاخص های انتخاب شده باید براساس شواهد مرتبط با کیفیت و کارایی مراقبت های سلامت باشد.

- مرتبط با ساختار ارائه خدمت ← این شاخص ها تعیین کننده وجود شرایط لازم برای انجام فرآیند می باشند.
- مرتبط با فرآیند ارائه خدمت ← این شاخص ها تعیین کننده نیازهای مرتبط با سروی انسانی و یا نیار به تدوین و بازآموزی راهنماهای بالینی را مطرح می کند.
- مرتبط با برویدادهای خدمات ← این شاخص ها به عنوان اولس شاخص ها در هر فرآیندی ارزیابی می شود و نشان دهنده وضعیت کلی فرآیندند.
- اختصاصی برای بیماری
- غیر اختصاصی ← مثلاً بیاگر خدمات لارم در جهت بیستگیری و کنترل یک گروه از بیماری ها هستند. می توان از ترکیب شاخص های اختصاصی بیماری های مختلف برای دستیابی به شاخص های غیر اختصاصی استفاده کرد.

- انواع شاخص ها

شاخص های ارزیابی کارایی و کیفیت

- عواملی که براساس آن تحلیل و محاسبه شاخص‌ها صورت می‌گیرد می‌تواند فردی باشد مثل سن و جنس، و یا جغرافیایی مثل نژاد و کشور و یا مرتبط با وضعیت سلامت و ... باشد.

- گروه یک: حوادث بسیار شدید ← بلافاصله گزارش و مورد پیگیری.
مثل مرگ و جراحی شدید

- گروه دو: حوادث شدید ← بررسی پس از حوادث گروه یک. مانند عفونت محل جراحی، توقف قبلی تنفسی حین جراحی در بیمار با خطر متوسط

- گروه سه: حوادث غیرجدی و غیرمهم

- طبقه‌بندی انواع فطر

برآورد شاخص‌ها

بسیار ویژگی‌های

برندگان خدمات

- گزارش‌ها باید شامل زمان و مکان رخداد و افراد مسئول در حین رخداد حادثه باشند.

- موارد نزدیک به رخداد حادثه نیز در نظر گرفته و گزارش شوند.

- شرایط لازم برای گزارش فعال و کارآمد در سازمان فراهم باشد.

- اگر گزارش حوادث نامطلوب
به منظور ارتقاء کیفیت خدمات
انجام شود، باید

بررسی حوادث نامطلوب

- باید علل ریشه‌ای حوادث مشخص شوند تا بتوان چاره اصلی به منظور پیشگیری از رخداد مجدد آنها پیدا کرد.

اثر بخشی: اثربخش نبودن خدمات در حل مشکل سلامتی ← نشان‌دهنده فقدان کیفیت مناسب بودن: خدمات متناسب با همان مشکل سلامتی که مراجعه‌کننده به منظور آن مراجعه کرده باشد.
نقص‌های همه یا هیچ: عدم ارائه حتی یکی از مراقبت‌ها ^{منجر به} عدم تناسب و کارایی کل خدمت
مقبولیت: اگر خدمات مقبول گیرندگان نباشند کارایی نخواهند داشت.

- شاخص‌های مختلف مرتبط با نظرات گیرندگان تعیین‌کننده میزان مقبولیت خدمت هستند.

- رضایت از محیط ارائه خدمت ← شامل زمان انتظار، محیط فیزیکی و شرایط روانی اتاق انتظار، هزینه خدمات و ...

- رضایت از خدمات ← شامل اطلاعات علمی، مهارت و پیگیری نشان داده شده توسط مراقب سلامت و تأثیر آن در حل مشکل

- میزان توجه به نیازهای ویژه ← نیاز ویژه در معلولین و بیماران متفاوت از نظر فرهنگ و زبان

- بررسی شکایت‌ها و پیشنهادات

- پوشش این پیمایش

پیمایش نظرات

برندگان کنندگان

خدمات

- اغلب به میزان علامت در دسترسی به مراقبت‌ها توجه می‌شود تا دسترسی برای تمامی افراد نیازمند خدمت.
- دسترسی یکسان براساس ویژگی‌های فردی، دموگرافیک و جغرافیایی باید وجود داشته باشد.

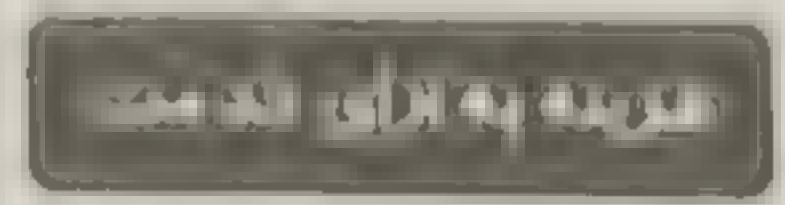
دسترسی

ابعاد کیفیت: (۱) ایمنی، (۲) اثربخشی، (۳) مناسب بودن، (۴) مقبولیت، (۵) دسترسی، (۶) کارایی

کارایی: بیشتر خدمت با کمترین هزینه. در صورت تأمین دیگر ابعاد کیفیت و با به حداقل رساندن هزینه حاصل می‌شود.



- شاخصی در ارزیابی کارائی مراقبت‌هاست
- منابع مختلف تأمین هزینه‌ها مانند بیمه‌های پایه و تکمیلی و منابع عمومی نباید از فهرست هزینه‌ها خارج شود.



- شاخصی در نشان دادن ناکارآمدی یک مجموعه در ارائه خدمت با کیفیت
- منجر به هدر رفت منابع شده و استقبال از دریافت دیگر خدمات را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.



سوالات برگزیده حقوق دریافت‌کنندگان خدمات سلامت

۱- کدام جمله صحیح است؟

(تالیفی)

- الف) اولین اصل از حقوق افراد در دریافت خدمات، رعایت ایمنی برای آنان می‌باشد.
ب) حاکمیت بالینی به معنی ارائه خدمت با حداکثر کارائی می‌باشد.
ج) شاخص مرتبط با ارائه خدمت اولین شاخصی است که در هر فرایندی ارزیابی می‌شود.
د) می‌توان از ترکیب شاخص‌های اختصاصی بیماری‌های مختلف برای دسترسی به شاخص‌های غیر اختصاصی استفاده کرد.
پاسخ: اولس اصل از حقوق افراد در دریافت خدمات، داسس و اگاهی می‌باشد (گزینه الف). حاکمیت بالینی به معنی ارائه خدمات با کیفیت و ارتقاء کیفیت خدمات در طول زمان می‌باشد (گزینه ب) شاخص‌های مرتبط با پرونده‌های خدمات، اولس شاخص‌هایی هستند که در هر فرایندی ارزیابی می‌شوند و نشان دهنده وضعیت کلی فرایندند (گزینه ج).

پاسخ: د)

۲- در مدل ارتقا کیفیت FOCUS - PDCA بعد از مرحله شفاف‌سازی کارکرد اجرای فرایند، کدام مرحله قرار دارد؟

(تالیفی)

- الف) انتخاب فعالیت معیوب جهت ارتقاء
ب) درک نقش هریک از اجزا در ایجاد مشکل
ج) مشخص کردن اجزا و مراحل کاری
د) تدوین برنامه ارتقای آن فعالیت
پاسخ: مراجعه به صفحه ۷۲، مدل ارتقاء کیفیت FOCUS - PDCA.

پاسخ: ب)

۳- کدام گزینه نادرست است؟

(تالیفی)

- الف) مراحل FOCUS ممکن است چندین بار تکرار شوند تا نتایج مورد نظر در ارتقا کیفیت حاصل آید.
ب) توقف قبلی تنفسی حین جراحی در بیمار با خطر متوسط جزء حوادث شدید و گروه ۲ انواع خطر به حساب می‌آید.
ج) اغلب به میزان عدالت در دسترسی به مراقبت‌ها توجه می‌شود تا دسترسی برای تمامی افراد نیازمند.
د) کارائی در صورت تأمین دیگر ابعاد کیفیت و با به حداقل رساندن هزینه‌ها حاصل می‌شود.
پاسخ: پس از انجام مراحل FOCUS، مراحل PDCA ممکن است چندین بار تکرار شود تا نتایج مورد نظر در ارتقاء کیفیت حاصل آید.

پاسخ: الف)

۴- کدام یک از گزینه‌های زیر جزء ابعاد کیفیت نمی‌باشد؟

(تالیفی)

- الف) ایمنی
ب) مقبولیت
ج) عدالت
د) کارائی
پاسخ: ابعاد کیفیت: (۱) ایمنی، (۲) اثربخشی، (۳) مناسب بودن، (۴) مقبولیت، (۵) دسترسی، (۶) کارائی

پاسخ: ج)

۶

فصل ۱۱: رویکرد اقتصادی به خدمات سلامت

بهره‌های کالای عمومی ← کالای عمومی: کالایی است که توسط همه مردم به صورت جمعی مصرف می‌شود. این کالا غیرقابل است و مصرف یک نفر اثری بر مصرف دیگری ندارد. مانند هوای پاک یا واکسیناسیون.

بهره‌های سلامت و رشد اقتصادی: سرمایه‌گذاری در آموزش و سلامت نیروی انسانی → منجر به → ارتقای بهره‌وری افراد → رشد اقتصادی

بیم اقتصاد یافته از منابع
اقتصادی به بخش سلامت

- هزینه‌های سلامت سریع‌تر از تولید خالص ملی و جمعیت افزایش می‌یابد.
- لازمه افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، کاستن از سهم سایر بخش‌های توسعه جامعه مثل آموزش، کشاورزی و ... است که خود از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت هستند.

- عوامل متعددی باعث افزایش هزینه در نظام‌های سلامت در دو دهه اخیر شده‌اند و از طرفی در افزایش منابع سلامت محدودیت وجود دارد.

- پیشرفت‌های روز افزون تکنولوژی و دانش در رشته‌های بهداشت و درمان
- تغییر الگوی بیماری‌ها و نیازهای سلامتی مردم: بیماری‌های واگیر کم و بیماری‌های غیرواگیر زیاد شده‌اند → دوره ابتلا این بیماری‌ها طولانی و در نتیجه هزینه درمانی آنها بالاست.
- تغییرات الگوی جمعیتی و سالمندی جمعیت → افزایش ابتلای همزمان به چند بیماری (Comorbidity)
- تغییر شیوه زندگی و ساختار فرهنگی اجتماعی → افزایش مهاجرت و شهرنشینی و سکونت تعداد زیادی از مردم در حاشیه شهرها که محیط مساعد سلامتی نیست.

- بیمارستان محوری } - مهم‌ترین منبع ناکارایی و بی‌عدالتی نظام‌های سلامت
- وابستگی به صنعت پزشکی و ایجاد بیماری‌های با منشأ بیمارستان → بسیار پرهزینه
- افزایش جمعیت: پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ جمعیت جهان به ۹ میلیارد نفر برسد که ۸۰ تا ۹۰٪ آن در کشورهای در حال توسعه و فقط جهان خواهند بود.

- نابسامانی و آشفتگی نظام سلامت → روند } - بیمارستان محوری
- تجاری شدن
- چندپارگی: تعداد بسیار زیاد برنامه‌ها و طرح‌ها

• رکود اقتصادی: در کشورهای در حال توسعه و فقیر جهان → توأم بودن توقف رشد اقتصادی، ناامنی سیاسی و فقدان پیشرفت نسبی امید به زندگی. تهدیدکننده‌های سلامت (سیگار، چاقی، خشونت‌های شهری) و جنگ در این کشورها بیشتر است.

- کارایی } - کارایی فنی: انجام فعالیت‌های مورد نظر با استفاده از کمترین منابع ممکن یا انجام بیشترین فعالیت‌های ممکن با حجم مشخصی از منابع
- کارایی تخصیصی: هدایت منابع به سوی مصارفی با بیشترین بهره‌وری

- به‌طور معمول هزینه کردن بیشتر برای نظام سلامت پیامدهای بهتر سلامتی به همراه دارد ولی در شرایط فوق نحوه خرج کردن منابع مالی و نوع سیاست‌ها مهم‌تر است.

- تفاوت های بازار خدمات سلامت با بخش های دیگر

- محدودیت مهم ترین موضوع در اقتصاد است.

- تخصیص و بهره‌وری مطلوب از منابع موجود و جلب مشارکت مؤثر افراد و جوامع

- نیاز اجتناب ناپذیر همه افراد به خدمات سلامت

- برخورداری از خدمات سلامت حق بشری است و نمی‌توان کسی را به دلیل نداشتن امکانات مالی از آن محروم کرد.

- عدم امکان پیش‌بینی نیاز به خدمات

- غیرقابل ذخیره بودن کالای ارائه شده در این بازار

- عدم تقارن اطلاعات ارائه‌کننده خدمات (فروشنده) و بیمار (مشتري)

- گیرنده خدمات حق انتخاب دارد ولی تصمیم گیرنده نهایی ارائه‌کننده خدمات است.

- محدودیت در رقابت (رعایت تعرفه)

- محدودیت در ورود و خروج از بازار

- بدون طی دوره آموزشی و کسب صلاحیت لازم و اخذ مجوز، امکان کار در این بازار نیست.

- تجلی اثربخشی خدمات سلامت در خارج از بخش سلامت.

سؤالات برگزیده رویکرد اقتصادی به خدمات سلامت

۱- کدام یک از گزینه‌های زیر جزء عوامل افزایش هزینه در نظام‌های سلامت در دو دهه اخیر نمی‌باشد؟ (تالیفی)

الف) پیشرفت تکنولوژی و دانش

ب) سالمندی جمعیت

ج) تغییر شیوه زندگی و ساختار فرهنگی اجتماعی

د) ایجاد نظام‌های مراقبت‌های اولیه

پاسخ: عوامل افزایش هزینه در نظام‌های سلامت در دو دهه اخیر: پیشرفت‌های روز افزون تکنولوژی و دانش در رشته‌های بهداشت و درمان، تغییر الگوی بیماری‌ها و نیارهای سلامتی مردم، تغییرات الگوی جمعیتی و سالمندی جمعیت، تغییر شیوه زندگی و ساختار فرهنگی اجتماعی، بیمارستان محوری، افزایش جمعیت، نابسامانی و آشفتگی نظام سلامت و رکود اقتصادی

پاسخ: د)

۲- کدام یک از گزینه‌های زیر جزء علل نابسامانی کنونی در نظام سلامت نیست؟ (تالیفی)

الف) بیمارستان محوری

ب) دخالت بیش از حد دولت‌ها

ج) تجاری شدن

د) چندپارگی

پاسخ: ارجاع به صفحه ۷۵، نابسامانی و آشفتگی نظام سلامت

پاسخ: ب)

۳- کدام جمله نادرست است؟ (تالیفی)

الف) به‌طور معمول هزینه کردن بیشتر برای نظام سلامت پیامدهای بهتری به همراه دارد.

ب) بیمارستان محوری مهم‌ترین منبع ناکارائی و بی‌عدالتی نظام‌های سلامت است.

ج) در بازار خدمات سلامت تصمیم گیرنده نهایی دریافت‌کننده خدمت (مشتري) می‌باشد.

د) هزینه‌های سلامت سریع‌تر از تولید ناخالص ملی و جمعیت افزایش می‌یابد.

پاسخ: در بازار خدمات سلامت گیرنده خدمات حق انتخاب دارد ولی تصمیم گیرنده نهایی ارائه‌کننده خدمات است.

پاسخ: ج)

۶

فصل ۱۵: ملاحظات اخلاقی در خدمات سلامت عمومی

- وینلو (۱۹۲۰) ← «سلامت عمومی، هنر و علم پیشگیری از بیماری‌ها، طولانی کردن عمر انسان‌ها و ارتقای سلامت جسمی و کارایی آنها از طریق تلاش‌های سازمان یافته اجتماعی است» ← بعدها به این تعریف ابعاد دیگر سلامت نیز اضافه شد

- پایش وضعیت سلامت، تشخیص و بررسی مشکلات و مخاطرات سلامت در جامعه و حل آنها
- آگاه کردن مردم در مورد موضوعات سلامت
- جلب همکاری‌های اجتماعی برای حل مشکلات سلامت
- تدوین برنامه‌هایی که از حرکت به سمت سلامت حمایت کند.
- تقویت مقرراتی که سلامت را حفظ و ایمنی را تضمین کند.
- ایجاد راه‌های ارتباطی بین مردم و پرسنل ارائه‌دهنده خدمات سلامت برای در دسترس کردن این خدمات
- تأمین نیروی انسانی توانمند برای ارائه خدمات سلامت
- ارزشیابی اثربخشی، در دسترس بودن و کیفیت خدمات سلامت
- انجام پژوهش‌ها ← در ارتباط با تمام زمینه‌های ذکر شده در بالا

فرمات ضروری سلامت عمومی

تعریف سلامت عمومی

- اخلاق ← پرداختن به این سوال که چه چیزی درست و چه چیزی نادرست است.
- اخلاق پزشکی ← فقط به ملاحظات اخلاقی در عرصه پزشکی بالینی می‌پردازد.

- به جنبه‌های اخلاقی حفظ سلامت برای تمامی موجودات زنده دلالت دارد.

- اخلاق پزشکی
- عرصه‌ها
- اخلاق در پژوهش
- سود رساندن
- ضرر نرساندن
- احترام به آزادی افراد
- اصول
- عدالت

- اخلاق زیستی

تعریف زندگی‌واره

جدول ۱-۱۵. مقایسه اخلاق در سلامت عمومی و اخلاق پزشکی	
تمرکز و تمایل اخلاق عمومی	تمرکز و تمایل اخلاق پزشکی
پیشگیری از بیماری‌ها و آسیب‌ها	درمان بیماری‌ها و آسیب‌ها
طبیعی از مداخلات قابل ارائه توسط کارکنان نظام سلامت	مداخلات پزشکی قابل ارائه توسط پرشکان
سود رساندن به جامعه و ضرر نرساندن در اقدامات جامعه محور	سود رساندن به بیمار و ضرر نرساندن به او براساس تعهد اخلاقی و آرام‌آور پزشک برای ارائه بهترین خدمات
آزادی نسبی اعضای جامعه	احترام برای تک‌تک بیماران
تعهد به اجماع برای پرداختن به دغدغه‌های سلامت آنها که حل آنها نیازمند اقدام جمعی است	تعهد حرفه‌ای برای اولویت دادن به سود بیماران در مقابل نفع پزشک

جدول ۱ ۱۵. مقایسه اخلاق در سلامت عمومی و اخلاق پزشکی (ادامه)

احتمار و اعتبار قانونی که براساس آن سیاست‌گذار حق دارد مقررات سلامت را وضع کند	احتمار و اعتبار پرسک بر پایه اعتماد بیمار به وی براساس اعتبار حرفه‌ای
رضایت جامعه از طریق گفت و گو و تعامل و همکاری با مردم	کسب رضایت آگاهانه از بیمار برای مداخلات پزشکی
عدالت اجتماعی در زمینه سلامت و رعایت برابری در نظام سلامت	درمان عادلانه و بدون تبعیض بیمارانی و بررسی یک‌به‌یک به خدمات درمانی

• پشتیبانی کنترل بیماری‌های واگیر ← اما ما محار هستیم برای حفظ سلامت جامعه احتیارات افراد را محدود کنیم؟

سل ← در مواردی درمان اجباری حتی با زور قابل توجیه است. درمان سل در درجه اول به نفع خود بیمار است ولی انگیزه اصلی اجبار حفظ سلامت جامعه است.

- سارس ← در سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳ منجر به پاندمی شد. در برخی مناطق دنیا استراتژی‌هایی مثل تعطیلی موقت مدارس و قرنطینه و ... استفاده شد. بعدها مشخص شد این مداخلات ضرورتی نداشتند؛ با این حال وقتی پیامدهای بالقوه یک بیماری برای علم پزشکی ناشناخته و بالقوه خاتمان براندار است، این اقدامات قابل توجیه است.

- HIV/AIDS ← تحویل داروهای ضد رتروویروس برای افراد آلوده به HIV در کاهش ریسک انتقال بیماری به شریک جنسی یا شریک سرنگ آنها نقش دارد ولی ممکن است برای خود فرد آلوده اثر بالینی مثبتی نداشته باشد.

- واکسیناسیون ← هم به سود فردی است که واکسینه می‌شود هم به سود بقیه افراد جامعه. کودکانی که به دلیل باورهای والدینشان واکسینه نمی‌شوند در برخی کشورها نمی‌توانند در مدرسه ثبت نام کنند.

اگر اپیدمی یک بیماری قابل کنترل با واکسن ایجاد شود، واکسیناسیون اجباری کودک در جهات حفظ سلامت جامعه، قابل توجیه است.

- مثال‌ها

• غربالگری ← گاهی آزمایشات تشخیصی برای افراد به ظاهر سالم الرامی در نظر گرفته می‌شود، مثل قبل از استخدام ← غیر سودی که از نظر سلامت برای جامعه به دست می‌آید بیش از این محدودیت در آزادی فردی باشد، قابل توجیه است.

• ارتقای سلامت ← به نظر می‌رسد اسان‌ها تا زمانی که به یکدیگر مستقیماً آسیب برسانند، مختارند رفتارهای ناسالم بپوشند؛ به عنوان مثال مصرف سیگار ← سؤالی که مطرح می‌شود این است که دولت‌ها تا چه حد الزام اخلاقی دارند که آسیب‌های ناشی از مصرف سیگار را در جامعه کاهش دهند.

• نظام مراقبت سلامت ← مثال: طی سالیان اخیر که برای کنترل عفونت HIV درمان وجود دارد، آزمایش HIV روی نمونه‌هایی که افراد به منظور دیگری تحویل آزمایشگاه داده‌اند از نظر اخلاقی مورد تأیید نیست زیرا وقتی نمونه بدون رضایت باشد، دیگر نمی‌توان در صورت تشخیص عفونت فرد را پیدا کرد و به او اطلاع داد، بر روی نمونه‌های نامدار هم نمی‌توان چنین بررسی انجام داد چون این اجازه از آنها گرفته نشده.

• اپیدمی‌ها، فوریت‌ها و بلایا ← در این شرایط اهمیت برقراری سلامت عمومی فراتر از احترام به آزادی افراد است. در بحران‌ها زمان ما محدود است.

• انگ خوردن ← احتمال انتقال عمودی HIV (از مادر مبتلا به نوزاد) را می‌توان با تغذیه کودک با شیر خشک به جای شیر مادر کاهش داد ولی در بعضی مناطق اگر مادر به نوزاد شیر ندهد همسرش ممکن است شک کند که وی HIV مثبت است و او را طرد کند. ← چاره این مشکل در درازمدت رشد فرهنگ جامعه، کاهش انگ HIV و توانمندسازی زنان است.

• مشوق‌های سلامت ← گاهی بین این مشوق‌ها و باورهای فرهنگی جامعه تضاد وجود دارد.

• پژوهش ← بیانیه هلسینکی دستورالعمل معتبر است که برای پاسخ به سؤالات و چالش‌های مطرح شده در پژوهش به ر استناد می‌شود.

* شرکت‌کنندگان در پژوهش، هر زمان که بخواهند و به هر دلیلی می‌توانند از پژوهش خارج شوند، بدون اینکه از دریافت خدمات سلامت محروم شوند.

۱- قدم اول: بررسی ابعاد اخلاقی موضوع سلامت عمومی و شرایط زمینه‌ای ← مثلاً: خطرات، اهداف، مقررات، توقعات و ...

- سودمندی ← آیا اقدام مورد نظر بهترین تعادل بین سود و ضرر را با در نظر گرفتن هزینه‌ها فراهم می‌کند؟

- احترام به دغدغه‌ها و علایق فرد و جامعه

- عدالت توزیعی: توزیع بار مشکل و فواید حل آن به‌طور عادلانه بین افراد
- عدالت در رویه: جلب مشارکت مطلوب اجتماعی از جمله مشارکت در
- گروه‌های درگیر در مشکل

- سایر ملاحظات اخلاقی ← مثلاً: یک جانبه نبودن تلاش‌ها، انسجام عمل به وعده‌ها، شفافیت و ...

۲- قدم دوم: تعیین راه‌های

دیگر برای این اقدام و

ارزشیابی ابعاد اخلاقی آنها

- اثربخشی

- ضرورت

- توجه عمومی

- کمترین نادیده گرفتن حقوق انسانی

- متناسب بودن ← اگر برای انجام این اقدام به یک ملاحظه اخلاقی بی‌توجهی شود.

آیا فواید اجتماعی آن برای جامعه فراتر از بی‌توجهی است؟

۳- قدم سوم: بررسی وجود توجیه

کافی برای یک تصمیم خاص در

عرصه سلامت عمومی

سوالات برگزیده ملاحظات اخلاقی در خدمات سلامت عمومی

۱- کدام یک جزء اصول اخلاق زیستی نمی‌باشد؟

(تألیفی)

(د) محرمانگی

(ج) عدالت

(ب) احترام به آزادی افراد

(ا) سود رساندن

پاسخ: اصول اخلاق زیستی: سود رساندن، ضرر نرساندن، احترام به آزادی افراد، عدالت

پس: (د)

۱- کدام مورد زیر غیر اخلاقی است؟

(تألیفی)

(ا) درمان به زور فردی مبتلا به سل که از تحت درمان قرار گرفتن امتناع می‌کند.

(ب) قرنطینه بیمارانی که به بیماری‌ای ناشناخته مبتلاند و مشخص نیست این اقدام تأثیر مثبتی دارد یا نه.

(ج) انجام تست HIV روی نمونه‌های خون بی‌نام باقی‌مانده از افرادی که برای آزمایش قند نمونه داده‌اند.

(د) واکسیناسیون اجباری کودکانی که والدینش با واکسیناسیون مخالفند.

پاسخ: طی سالیان اخیر که برای کنترل عفونت HIV درمان وجود دارد، آزمایش HIV روی نمونه‌هایی که افراد به منظور دیگری

تعیین آزمایشگاه داده‌اند از نظر اخلاقی مورد تأیید نیست زیرا وقتی نمونه بدون نام باشد، دیگر نمی‌توان در صورت تشخیص عفونت

بدریا پیدا کرد و به او اطلاع داد، بر روی نمونه‌های نامدار هم نمی‌توان چنین بررسی انجام داد چون این اجازه از آنها گرفته نشده.

پس: (ج)

۲- کدام جمله نادرست است؟

(تألیفی)

(ا) برای پاسخ به سوالات و چالش‌های مطرح در پژوهش، به بیانیه‌ی اتاوا استناد می‌شود.

- ب) شرکت‌کنندگان در پژوهش هر زمان که بخواهند و به هر دلیلی می‌توانند از پژوهش خارج شوند.
- ج) در اپیدمی‌ها و بلایا و فوریت‌ها اهمیت برقراری سلامت عمومی فراتر از احترام به آزادی افراد است.
- د) عدالت توزیعی به معنی توزیع بار مشکل و فواید حل آن به‌طور عادلانه بین افراد می‌باشد.
- پاسخ: برای پاسخ به سؤالات و چالش‌های مطرح شده در پژوهش به بیانیه هلسینکی استناد می‌شود.

پاسخ: الف)

۴

سؤال تثبیتی اصول خدمات سلامت

فصل اول

۱- به اختلال سلامت در حوزه کارکردی چه می گویند؟

(الف) بیماری (ب) ناخوشی (ج) ناراحتی (د) کسالت

۲- صاحب کتاب ذخیره خوارزمشاهی کدام نویسنده زیر است؟

(الف) ابوالبراهیم اسماعیل جرجانی (ب) ابوعلی سینا

(ج) علی بن اهوازی ارجانی (د) محمد زکریای رازی

۳- کدام یک جزء عوامل زمینه ساز افزایش بیماری های غیرواگیر مزمن نمی باشد؟

(الف) الگوی تغذیه ای (ب) الگوی زندگی (ج) الگوی جمعیتی (د) الگوی رفتاری

۴- کدام یک جزء مفاهیم عدالت در سلامت نمی باشد؟

(الف) برابری در دسترسی به خدمات سلامت (ب) برابری در برخورداری و مصرف خدمات سلامت

(ج) برابری در فرصت های سالم زیستن (د) برابری در پرداخت هزینه های سلامت

۵- کشورهای سازمان ملل سال در چه سالی به برنامه «سلامت برای همه» متعهد شدند؟

(الف) ۱۹۷۸ (ب) ۱۹۸۱ (ج) ۱۹۸۶ (د) ۲۰۰۰ (تالیفی)

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵
پاسخ	د	الف	ج	د	ب
رجاعات	ص ۲	ص ۱	ص ۳	ص ۳	ص ۳

فصل دوم

۱- کدام یک از ابعاد اجتماعی سلامت نمی باشد؟

(الف) ارتباط سالم با افراد جامعه (ب) واکنش مناسب به تغییرات محیطی

(ج) تعادل مردم با نهادهای اجتماعی (د) مشارکت در فعالیتهای اجتماعی

۲- کدام یک از جملات زیر تعریف اساس نامه ۱۹۴۸ سازمان جهانی بهداشت از سلامت است؟

(الف) قدرت تطابق فرد با همه تقاضاهای زندگی روزمره (تالیفی)

(ب) وضعیت تعادل بین فرد و محیط فیزیکی و اجتماعی اش

(ج) رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری

(د) فرد سالم فردی است که در جامعه منشأ تولید و درآمدزایی است

۳- برای کدام یک از بیماری های زیر، پیشگیری سطح ابتدایی صورت گرفته است؟

(الف) فلج اطفال (ب) سل (ج) آبله (د) هیچکدام (تالیفی)

۴- استفاده از مواد ضد عفونی کننده، کدام یک از سطوح پیشگیری می باشد؟

(الف) ابتدایی (ب) اولیه (ج) ثانویه (د) ثالثیه (تالیفی)

۵- غربالگری تنبلی چشم باید در کدام یک از سنین زیر اجرا شود؟

الف) ۱ تا ۳ سال (ب) ۴ تا ۶ سال (ج) ۷ تا ۹ سال (د) ۱۰ تا ۱۲ سال

۶- پیشگیری از اسفاده بیهوده از آنتی‌بیوتیک‌ها جزء کدام سطح از سطوح پیشگیری می‌باشد؟

الف) سطح اول (ب) سطح دوم (ج) سطح سوم (د) سطح چهارم

۷- کدام یک از گزینه‌های زیر بهترین کمک برای پیشگیری سطح چهارم است؟

الف) تدوین راهنماهای بالینی (ب) افزایش قیمت آزمایش‌های پیشرفته‌تر
ج) رعایت نظام ارجاع (د) مراجعه به چند پزشک مختلف برای یک مشکل سلامتی

سوال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
پاسخ	ب	ح	ج	ب	ب	د	الف
ارجاعات	ص ۶	ص ۶	ص ۷	ص ۷	ص ۷	ص ۷	ص ۸

فصل سوم

۱- به چه دلیل دولت‌ها متولی تأمین سلامتی مردم هستند؟

الف) زیرا دولت بیشترین سود را از سلامتی مردم و جوامع می‌برد.
ب) زیرا عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به قدری گسترده‌اند که تأمین همه آنها تنها از عهده دولت برمی‌آید.
ج) زیرا رشد اقتصادی مهم‌ترین عامل در توسعه جوامع و مهم‌ترین عامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت است.
د) هیچکدام

۲- مراقبت‌های سلامت ارائه شده در مورد تشخیص بیماری‌ها در نظام سلامت تأمین‌کننده حداکثر چند درصد از سهم سلامت می‌باشند؟

الف) ۲۵ درصد (ب) ۴۰ درصد (ج) ۵۰ درصد (د) ۶۰ درصد

۳- کدام یک جزء اصول ارائه مراقبت‌های سلامت نیست؟

الف) تناسب (ب) کارایی (ج) عدالت (د) دسترسی

۴- «کارایی» به چه معناست؟

الف) تأثیر در شرایط مطالعاتی و ایده‌آل بر روی نمونه منتخب (ب) بیشترین تأثیر با کمترین هزینه
ج) اثر در شرایط عادی و بر روی عموم (د) اثرگذاری بدون توجه به هزینه

۵- کدام یک از گزینه‌های زیر بهترین تعریف از «نیازهای ضروری» می‌باشد؟

الف) نیازی که در صورت عدم رسیدگی منجر به عوارض وخیمی می‌شود.
ب) نیازی که به دلیل مشاهده در گروه‌های همسان ایجاد شده.
ج) نیازی که براساس شواهد و مستندات علمی است.
د) نیازی که به خودی خود برطرف نمی‌شود.

۶- کدام یک از نیازها منجر به ارتقاء سلامت فرد نمی‌شود؟

الف) نیاز ضروری (ب) نیاز درک شده (ج) نیاز بیان شده (د) نیاز رقابتی

۷- کدام گزینه زیر باعث فراهم شدن خدمات تخصصی برای افرادی که واقعاً به آن نیاز دارند می‌شود؟

۱۱

(ب) اقدامات پیشگیرانه
(د) همه موارد

سطح بندی خدمات سلامت و طراحی نظام ارجاع
ارائه مراقبت های درمانی براساس تقاضا

مؤسسه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
پس	ب	الف	ب	ب	ح	د	الف
رجاع	ص ۱۰	ص ۱۰	ص ۱۰	ص ۱۱	ص ۱۱	ص ۱۱	ص ۱۱

ص ۴۴/م

۱- در ارائه خدمات سلامت مشارکت مالی عادلانه به چه معناست؟

(ب) مشارکت مالی مردم براساس استفاده آنها از خدمات نظام سلامت.

(د) مشارکت مالی همه مردم به یک اندازه.

(ج) مشارکت مالی برحسب تمکن مالی افراد، فارغ از میزان مصرف خدمات سلامت.

(ا) مشارکت مالی هر فرد براساس مالیات پرداختی توسط او

۲- در کدام یک از انواع نظام های سلامت اکثر ارائه کنندگان خدمات سلامت به صورت انفرادی کار می کنند؟

(د) نظام سلامت مبتنی بر بازار آزاد

(ج) نظام سلامت مبتنی بر بیمه اجتماعی

(ا) در کدام نظام سلامت بازار ارائه خدمات نوعی بازار اقتصاد آزاد است؟

(د) نظام سلامت مبتنی بر بازار آزاد

(ج) نظام سلامت مبتنی بر بیمه اجتماعی

۳- کدام یک از گزینه های زیر درباره نظام سلامت «بازارهای مدیریت شده» نادرست است؟

(د) رابطه مالی ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت هم مستقیم و هم غیرمستقیم است.

(ب) تواند و ضوابط تماما توسط اتحادیه های صنفی تعیین می گردد.

(ج) ساختارهای بیمه بیشتر به صورت بیمه های خصوصی هستند.

(ا) دولت درصد کمی از خدمات، به ویژه در سطح پیشگیری اولیه، را ارائه می دهد.

۴- در کدام یک از نظام های سلامت زیر دولت نقش کمی در ارائه خدمات سلامت دارد و خدمات بیشتر توسط بیمه های درمانی و

اجتماعی ارائه می شوند؟

(د) نظام سلامت مبتنی بر بازار آزاد

(ج) نظام سلامت مبتنی بر بیمه اجتماعی

۵- در کدام یک از نظام های سلامت، سلامتی حق مردم و دولت تضمین کننده و ارائه دهنده آن است؟

(د) نظام های سلامت مبتنی بر بیمه اجتماعی

(ج) نظام های سلامت سوسیالیستی

(ب) نظام های خدمات سلامت ملی

(د) همه موارد

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶
پاسخ	ح	الف	د	ب	ح	ح
ارجاعات	ص ۱۴	ص ۱۵	ص ۱۵	ص ۱۵	ص ۱۶	ص ۱۶

فصل پنجم

۱- کدام یک جزء اصول مراقبت‌های اولیه سلامت نیست؟

- (الف) هماهنگی بخش‌های توسعه اقتصادی - اجتماعی
(ج) اولویت داشتن مناطق محروم
(ب) مشارکت مردمی
(د) تعهد سیاسی دولت‌ها

۲- کدام یک جزء اجزای PHC در ایران نیست؟

- (الف) آموزش سلامت
(ج) دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط
(ب) بهداشت سالمندان
(د) بهداشت حرفه‌ای

۳- کدام یک از گزینه‌های زیر درباره مراقبت‌های سلامت اولیه صحیح نمی‌باشد؟

- (الف) مراقبت‌های سلامتی که به وسیله ارائه‌دهندگان سلامت در نخستین سطح تماس با مردم ارائه می‌گردد.
(ب) زیربنای اصلی نظام ارائه خدمات سلامت است.
(ج) برای اولین بار در سال ۱۹۸۶ در اتاوا مطرح شد.
(د) باعث کاهش هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی در همه بخش‌ها می‌شود.

۴- بالاترین سطح از مراقبت‌های اولیه سلامتی، کدام یک از مراکز زیر است؟

- (الف) خانه بهداشت
(ب) پایگاه‌های سلامت
(ج) مراکز خدمات جامع سلامت
(د) گزینه ب و ج

۵- کدام گروه از افراد زیر در «پایگاه سلامت» مشغول به کارند؟

- (الف) یک زن و یک مرد بومی
(ب) مراقبین سلامت و ماما
(ج) پزشک عمومی و دارویار
(د) پزشک عمومی و دندان‌پزشک
(۶- پزشک خانواده باعث همه موارد زیر می‌شود بجز:

- (الف) سلامت‌نگر کردن بیمه‌ها
(ج) کاهش مصرف خودسرانه دارو
(ب) افزایش پاسخ‌گویی
(د) افزایش اقدامات درمانی

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶
پاسخ	ج	ب	ح	ج	ب	د
ارجاعات	ص ۲۰	ص ۲۰	ص ۲۰	ص ۲۲	ص ۲۲	ص ۲۲

فصل ششم

۱- کدام جمله نادرست است؟

- (الف) سطح سلامتی پایین، علت و معلول سطح اجتماعی - اقتصادی پایین است.
(ب) حمایت اجتماعی از افراد باعث توسعه در زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و غیره می‌شود.
(ج) افرادی که در دبیرستان ترک تحصیل می‌کنند از گروه‌های در معرض محرومیت اجتماعی هستند.

۶

عدم فعالیت فیزیکی مادر در دوران بارداری می تواند زمینه ساز انواع بیماری ها در بزرگسالی فرزندش شود.

۱	سوال
ح	پاسخ
ص ۲۶	درجاعات

پیشینه

۱. براساس مرحله ارزیابی آموزشی و بوم شناختی الگوی برنامه ریزی پرستید - پروسید، کدام یک از موارد زیر در گروه عوامل تاثیرکننده (توانمندساز) قرار می گیرد؟

(علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۳۹۰)

الف) قوانین و مقررات (ب) نگرش و رفتار همسالان (ج) رفتارهای کارکنان بهداشتی (د) آگاهی و دانش فرد

۲. براساس مرحله چهارم الگوی برنامه ریزی پرستید - پروسید (ارزیابی آموزشی و بوم شناختی) کدام یک از عوامل زیر در گروه عوامل تقویت کننده قرار می گیرند؟

(علوم پایه پزشکی - اسفند ۱۳۹۹)

الف) نگرش ها و رفتارهای کارکنان بهداشتی و همسالان (ب) قوانین و مقررات

ج) باورها و دانش افراد در مورد موضوع خاص (د) مهارت های فردی در انجام کارها

۳. با توجه به مرحله ارزیابی آموزشی و بوم شناختی الگوی پرستید، کدام یک از گزینه های زیر بیان کننده مفهوم عوامل زمینه ساز است؟

(علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۳۹۹)

الف) عواملی که سبب دلسردی یا دلگرمی افراد برای ادامه رفتار می شوند.

ب) باورها، ارزش ها و برداشت هایی که می توانند انگیزه فرد را برای انجام رفتار تقویت کنند.

ج) تشویق ها و پسخورندهایی که پس از انجام رفتار جدید از دیگران دریافت می شود.

د) منابع، مهارت ها و عواملی که انجام رفتار را تسهیل می کنند.

۴. اگر یک فرد جاق برای کاهش وزن به کلینیک تغذیه مراجعه نماید مطابق با الگوی مراحل تغییر (Prochaska) در کدام مرحله قرار می گیرد؟

(علوم پایه پزشکی - فروردین ۱۳۹۸)

الف) قصد (ب) تدارک (ج) عمل (د) حفظ

۵. مفهوم «سلامت در همه سیاست ها» در کدام کنفرانس بیان شد؟

(تالیفی)

الف) آلمانا ۱۹۷۸ (ب) اتاوا ۱۹۸۶ (ج) نایروبی ۲۰۰۹ (د) هلسینکی ۲۰۱۳

۶. در رویکردهای ارتقای سلامت، کدام یک جزء معایب رویکرد پزشکی است؟

(تالیفی)

الف) تعیین کننده های وسیع تر سلامت را در نظر نمی گیرد. (ب) در این رویکرد سلامتی نداشتن بیماری است.

ج) رویکردی پر هزینه است. (د) گزینه الف و ب

۷. از معایب کدام رویکرد ارتقای سلامت، وابسته بودن به افراد کارشناس در مراحل مختلف آن رویکرد می باشد؟

(تالیفی)

الف) رویکرد پزشکی (ب) رویکرد تغییر رفتار (ج) رویکرد تغییر اجتماعی (د) رویکرد آموزشی

۸. اگر قانونی مبنی بر جریمه مصرف سیگار در اماکن عمومی وضع شود، از کدام رویکرد ارتقاء سلامت استفاده شده است؟

(تالیفی)

الف) رویکرد تغییر رفتار (ب) رویکرد آموزشی

ج) رویکرد تغییر اجتماعی (د) رویکرد توانمندسازی مراجع - محور

۹. کدام مرحله، اولین مرحله در مدل پرسید - پروسید است؟

(تالیفی)

الف) ارزیابی کیفیت زندگی (ب) ارزیابی اپیدمیولوژیکی (ج) ارزیابی رفتاری و محیطی (د) ارزیابی آموزشی و اکولوژیک

۱۰- دسترسی به خدمات جزء کدام دسته از عوامل اثرگذار روی رفتار است؟

- (الف) عوامل زمینه‌ساز (ب) عوامل نفوذ کننده (ج) عوامل توانمندساز (د) عوامل ارتقا دهنده

۱۱- معلومات جزء کدام دسته از عوامل اثرگذار روی رفتار است؟

- (الف) Predisposing Factors (ب) Inducing Factors (ج) Reinforcing Factors (د) Enabling Factors

۱۲- در مرحله «قصد» از مدل مراحل تغییر، کدام گزینه بیش از بقیه به پیشبرد ارتقاء سلامت کمک می‌کند؟

- (الف) موانع ترک رفتار و راه‌های غلبه بر آن توضیح داده شود.
(ب) باید آگاهی را افزایش داد و مشکل سلامت مربوط به رفتار را توضیح داد.
(ج) بهتر است منافع ترک رفتار را برای فرد توضیح داد.
(د) دادن برنامه به مراجعه‌کننده و پایش وی.

۱۳- اگر فردی دارای اضافه وزن برای رفتن به باشگاه ورزشی و کاهش وزن پول پرداخت کند، بیانگر برداشت فرد از کدام بخش از الگوی باور بهداشت است؟

- (الف) آسیب‌پذیری درک شده (ب) موانع درک شده (ج) منافع درک شده (د) شدت درک شده

۱۴- در برنامه ریزی آموزشی، پس از بررسی وضعیت موجود چه اقدامی صورت می‌گیرد؟

- (الف) تعیین اهداف آموزشی (ب) تعیین روش‌های آموزشی (ج) اجرا (د) ارزشیابی شرایط

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
پاسخ	الف	الف	ب	ح	د	د	ب	ج	الف
ارجاعات	ص ۳۱	ص ۳۱	ص ۳۱	ص ۳۳	ص ۳۰	ص ۳۰	ص ۳۰	ص ۳۱	ص ۳۱

سؤال	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
پاسخ	ج	الف	ج	ب	الف
ارجاعات	ص ۳۱	ص ۳۱	ص ۳۳	ص ۳۴	ص ۳۵

فصل هشتم

۱- کدام یک از گزینه‌های زیر ایمنی غیرفعال اکتسابی می‌باشد؟

- (الف) واکسن (ب) ایمنوگلوبولین (ج) ایمنی ناشی از شیر مادر و جفت (د) سلول‌های خاطره

۲- کدام یک از گزینه‌های زیر از نقاط تمایز برنامه ایمن‌سازی، از سایر برنامه‌های حفظ و ارتقای سلامت نیست؟

- (الف) ایمن‌سازی علی‌رغم تأثیرات زیاد، هزینه زیادی ندارد.
(ب) ایمن‌سازی نیاز به ایجاد تغییرات زیاد در شیوه زندگی افراد ندارد.
(ج) ایمن‌سازی عرضه بسیار آسانی دارد.
(د) ایمن‌سازی گروه هدف بزرگ و تعریف شده ای دارد.

۳- کدام یک از واکسن‌های زیر جزء واکسن‌های برنامه گسترش ایمن‌سازی کشوری ایران نیست؟

- (الف) واکسن

۱۶

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵
پاسخ	الف	ب	د	ج	الف
ارجاعات	ص ۴۷	ص ۴۶	ص ۴۷	ص ۴۸	ص ۴۸

فصل نهم

۱- کدام گزینه جزء توانمندی‌های مورد انتظار از مدیران است؟

- (الف) ایجاد انگیزش در کارکنان و سایر ذینفعان
(ب) شبکه‌سازی
(ج) تنظیم رسالت و دورنما و ارزش‌های سازمان
(د) نظارت بر خدمات

۲- کدام سبک از رهبری با روش‌های ابداعی سازگاری ندارند؟

- (الف) خودکامانه
(ب) معامله‌ای
(ج) بروکراتیک
(د) استراتژیک

۳- کدام یک از موارد زیر در اولویت بندی و هدف‌گذاری برای حل یک مشکل نقشی ندارد؟

- (الف) بار مشکل
(ب) حاد بودن مشکل
(ج) قابلیت حل آن مشکل
(د) هزینه آن مشکل

۴- کدام نوع از ارزشیابی بر فعالیت جاری یک برنامه، جهت ارتقاء مدیریت برنامه تأکید دارد؟

- (الف) ارزشیابی تجمیعی
(ب) ارزشیابی اثر
(ج) ارزشیابی تکوینی
(د) هیچکدام

۵- معیار ارزشیابی Efficacy بین کدام دو جزء برنامه سلامت ارتباط برقرار می‌کند؟

- (الف) بین منابع و فعالیت‌ها
(ب) بین اهداف برنامه و اثرات
(ج) بین نیازهای سلامت و اهداف برنامه
(د) بین فعالیت‌ها و اثرات

۶- کدام یک از معیارهای زیر بین Input و Output یک برنامه ارتباط برقرار می‌کند؟

- (الف) کفایت
(ب) بهره‌وری
(ج) تأثیر
(د) اثربخشی

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶
پاسخ	د	ج	ب	ج	د	ب
ارجاعات	ص ۵۲	ص ۵۳	ص ۵۳	ص ۵۵	ص ۵۵	ص ۵۵

فصل یازدهم

۱- کدام یک از گزینه‌های زیر جزء کارهای اصلی یونیسف نیست؟

- (الف) حمایت از بهره‌مندی کودکان از خدمات ایمن و جامع
(ب) حمایت از یادگیری کودکان
(ج) حمایت از توانمندسازی دختران و زنان
(د) تلاش برای قطع ازدواج کودکان

۲- وظیفه کدام نهاد بین‌المللی درست نوشته نشده است؟

- (الف) دفتر بین‌المللی کار ← تعیین حداقل استانداردها و سیاست‌گذاری‌ها برای مشاغل مختلف
(ب) سازمان غذا و کشاورزی ← استاندارد کردن مواد بیولوژیک نامگذاری آنها
(ج) کمیساریای عالی پناهندگان ← حمایت مالی، تغذیه‌ای، اسکان و ارائه خدمات از آوارگان جنگ و سایر حوادث
(د) یونسکو ← آموزش پزشکی

UNICEF (الف) UNFPA (ب) UNHCR (ج) UNESCO (د) (تالیفی)

۱	۲	۳
د	ب	ب
ص ۶۰	ص ۶۰ و ۶۱	ص ۶۰

ی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بیت سلامت (ب) عوامل خطر (ج) پوشش خدمات (د) نظام سلامت

مرگ حوالی عمل جراحی جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بیت سلامت (ب) عوامل خطر (ج) پوشش خدمات (د) نظام سلامت

ریک از گزینه‌های زیر، مخرج کسر «میزان مرگ نوجوانان» است؟ (تالیفی)

نوجوانان ۱۰-۱۹ ساله (ب) تعداد موالید زنده (د) تعداد نوجوانان ۱۰-۱۵ ساله

ن کسر «میزان مرده‌زایی» کدام یک از گزینه‌های زیر است؟ (تالیفی)

ن جنین‌های به دنیا آمده بدون علائم حیاتی بعد از ۲۸ هفته بارداری (ب) جنین‌های به دنیا آمده بدون علائم حیاتی بعد از هر مقدار بارداری (د) جنین‌های به دنیا آمده بدون علائم حیاتی سنگین‌تر از ۱ کیلوگرم

به الف و ج

ی در سن ۷۶ سالگی به علت ابتلا ۵ ساله به سرطان پروستات فوت می‌کند. اگر ضریب ناتوانی این بیماری ۰/۶ باشد و حداقل زندگی و حداکثر امید به زندگی برای مردان را ۴۵ و ۸۲ سال فرض نمایید، این بیمار چند سال از عمرش را به دلیل ناتوانی یا بدس از دست داده است؟ (تالیفی)

آقا در سن ۵۰ سالگی به علت ابتلا ۵ ساله به سرطان فوت می‌کند. اگر ضریب ناتوانی این بیماری ۰/۵ باشد و حداکثر امید به آقا و خانم‌ها به ترتیب ۸۶/۵ و ۹۰ باشد، این آقا چند سال از عمر سالم را از دست داده است؟ (تالیفی)

به بیماری‌های زیر براساس واحد DALY در ایران کمتر از جهان است بجز: (تالیفی)

ب) مالاریا و بیماری‌های گرمسیری (د) بیماری‌های قلبی و عروقی

یک از گزینه‌های زیر جزء ده عامل خطر مهم برای از دست دادن سال‌های عمر به دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی در جهان (تالیفی)

ن نامناسب فاضلاب (ب) مصرف الکل (ج) عملکرد نامناسب کلیه (د) آلودگی هوا (تالیفی)

ن گزینه نادرست است؟

ن نامناسب فاضلاب (ب) مصرف الکل (ج) عملکرد نامناسب کلیه (د) آلودگی هوا (تالیفی)

ن نامناسب فاضلاب (ب) مصرف الکل (ج) عملکرد نامناسب کلیه (د) آلودگی هوا (تالیفی)

ن نامناسب فاضلاب (ب) مصرف الکل (ج) عملکرد نامناسب کلیه (د) آلودگی هوا (تالیفی)

ن نامناسب فاضلاب (ب) مصرف الکل (ج) عملکرد نامناسب کلیه (د) آلودگی هوا (تالیفی)

ن نامناسب فاضلاب (ب) مصرف الکل (ج) عملکرد نامناسب کلیه (د) آلودگی هوا (تالیفی)

ن نامناسب فاضلاب (ب) مصرف الکل (ج) عملکرد نامناسب کلیه (د) آلودگی هوا (تالیفی)

- الف) تغییر اقلیم، در صورت غفلت از آن، می‌تواند بسیاری از دستاوردهای پیشین در زمینه بهبود سلامتی انسان‌ها را به عقب برگرداند.
 ب) از عوامل خطر متابولیک می‌توان به عوامل خطر تغذیه‌ای اشاره کرد.
 ج) از تهدیدات بیماری‌های عفونی واگیر می‌توان به بیماری‌های عفونی بازپدید اشاره کرد.
 د) مصرف مواد جزء ده عامل خطر مهم برای از دست دادن سال‌های عمر به دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی در ایران است.

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
پاسخ	ب	د	الف	د	الف	ج	د	ج	ب
ارجاعات	ص ۶۴	ص ۶۴	ص ۶۵	ص ۶۵	ص ۶۵	ص ۶۵	ص ۶۶ و ۶۷	ص ۶۷	ص ۶۷ و ۶۸

فصل سیزدهم

- ۱- براساس مدل ارتقای کیفیت FOCUS-PDCA پس از مرحله Understand، کدام اقدام صورت می‌گیرد؟
 الف) شفاف‌سازی کارکرد اجزای فرآیند
 ب) انتخاب فعالیت معیوب جهت ارتقاء
 ج) سازماندهی، یعنی مشخص کردن اجزا و مراحل کاری
 د) تدیون برنامه ارتقای فعالیت
- ۲- کدام گزینه نادرست است؟

- الف) اگر گزارش حوادث نامطلوب به منظور ارتقاء کیفیت خدمات انجام شود، باید موارد نزدیک به رخداد حادثه نیز در نظر گرفته و گزارش شوند.
 ب) عواملی که براساس آن تحلیل و محاسبه شاخص‌ها صورت می‌گیرد می‌تواند فردی باشد مثل سن و جنس.
 ج) شاخص‌های مرتبط با فرآیند ارائه خدمت، تعیین کننده وجود شرایط لازم برای انجام فرآیند می‌باشند.
 د) در خدمات سلامت عدم ارائه حتی یکی از مراقبت‌ها منجر به عدم تناسب و کارایی کل خدمت می‌شود.

سؤال	۱	۲
پاسخ	ب	ج
ارجاعات	ص ۷۲	ص ۷۲

فصل چهاردهم

- ۱- کدام گزینه درباره تفاوت‌های بازار خدمات سلامت با بخش‌های دیگر نادرست است؟
 الف) برخورداری از خدمات سلامت حق بشری است و نمی‌توان کسی را به دلیل نداشتن امکانات مالی از آن محروم کرد.
 ب) امکان پیش‌بینی نیاز به خدمات
 ج) غیرقابل ذخیره بودن کالای ارائه شده در این بازار
 د) محدودیت در رقابت (رعایت تعرفه)

۶۳

سؤال	۱
پاسخ	ب
ارجاعات	ص ۷۶

اصل پانزدهم

۱- در بررسی وجود توجیه کافی برای یک تصمیم خاص در عرصه سلامت عمومی، همه موارد زیر باید در نظر گرفته شوند بجز:

(تالیفی)

(د) شفافیت

(ج) توجیه عمومی

(ب) ضرورت

(الف) اثربخشی

سؤال	۱
پاسخ	د
ارجاعات	ص ۷۹

